Faculté de Médecine
Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et de Toxicomanies
CHU Brugmann - Institut de Psychiatrie

EVALUATION DES MAISONS D'ACCUEIL SOCIO-SANITAIRE POUR USAGERS DE DROGUES

de MONS *(Parenthèse)* et de CHARLEROI *(Diapason)*

Rapport de synthèse local interne de l'équipe de l'ULB

Promoteur **: Pr. Isidore Pelc (ULB)**

Léon From (psychologue – ULB)
Pablo Nicaise (sociologue politique – ULB)

Etude effectuée dans le cadre de la recherche
Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues

Coordinateur : Pr. I. Pelc (ULB)
Promoteurs : Pr. B. De Ruyver (UG) – Pr. J. Casselman (KUL) – Pr. A. Noirfalise (ULg) – Pr. C. Macquet (ULg)

SSTC
SERVICES FEDERAUX
DES AFFAIRES SCIENTIFIQUES, TECHNIQUES ET CULTURELLES

Juin 2001

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

Première partie
***Le Projet MASS* : attentes et attendus** 2

I. La notion de MASS 2
II. Analyse critique de la notion de MASS 6

Deuxième partie
Evaluation des MASS selon les divers angles d'approche de la recherche 8

I. Méthodologie générale de *"recherche-action"* 8

1. Statut problématique de l'évaluation 8

2. Principes généraux de la recherche-action 10

3. Impact méthodologique et limites de la "recherche-action" 12

4. Démarches entreprises pendant la recherche 14

II. Implantation des MASS : Zones d'Influence Géographique (ZIG), épidémiologie de la consommation de drogues illicites, nature de l'offre d'assistance 16

1. Choix des villes d'implantation 16

2. Zones d'Influence Géographique (ZIG) des MASS et délimitation des territoires d'enquête épidémiologiques 18
2.1. Méthode 18
2.2. Résultats 19

3. Aspects quantitatifs et qualitatifs du phénomène de la consommation de drogues dans les ZIG retenues et, en particulier, en ce qui concerne les consommateurs à problèmes et les toxicomanes marginalisés 22
3.1. Recueil de données épidémiologiques, analyse critique 22
3.2. Résultats des approches quantitatives 25
3.2.1. DONNÉES RECUEILLIES PAR LES FORCES DE L'ORDRE 25

3.2.2. DONNEES RECUEILLIES PAR LES SERVICES D'ASSISTANCE ET DE SOINS 26
3.2.3. DONNEES LIEES A DES FACTEURS INDIRECTS DES TOXICOMANIES 27
3.2.4. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES ÉCHANTILLONS DE PATIENTS DES MASS 29
3.2.5. DONNÉES RELEVÉES DANS LES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES MASS 30

3.3. Résultats des approches qualitatives 31

4. Analyse de l'offre d'assistance dans les zones retenues et étude des possibilités de coopération fonctionnelle entre services 34

III. Evaluation du fonctionnement interne des MASS et de leur capacité à intervenir dans les circuits de soins respectifs 37

1. Questions dans la recherche-action 38
1.1. Questions de départ 38
1.2. Questions chemin faisant 40

III (a). FORMALISATION À PARTIR DES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE À *DIAPASON*, MASS DE CHARLEROI 43

1. Prémices 43
1.1. Premières rencontres à Diapason, MASS de Charleroi 43
1.2. Diapason, MASS de Charleroi : descriptif 45
1.3. L'outil de travail : la "grille" 46

2. Modélisation d'une MASS centrée sur une Salle d'Accueil 54
2.1. La position d'accueil : éléments constitutifs 54
2.1.1. CONDITIONS D'*ACCES A L'ACCUEIL* 55
2.1.2. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN *POSITION D'ACCUEIL* 56
2.1.3. ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES PATIENTS EN *POSITION D'ACCUEIL* 58
2.1.4. DEMANDES PATENTES ET LATENTES, BESOINS, MOTIVATION DES PATIENTS EN *POSITION D'ACCUEIL* 59
2.1.5. INCITATION AU TRAITEMENT ET ANALYSE DE LA DEMANDE 63

2.2. La position d'accueil : éléments d'interprétation 65
2.2.1. STRUCTURATION DU TEMPS EN *SALLE D'ACCUEIL*, MECANISMES DE DEFENSE ET *"TOXICOMIMETISME"* 65
2.2.2. UN CADRE SOCIO-SANITAIRE, LA *"RECONNAISSANCE MUTUELLE"* 68
2.2.3. PROCESSUS DE CHANGEMENT ET PASSAGES DE POSITIONS 70

2.3. La position d'élaboration de la relation thérapeutique 74
2.3.1. LE PATIENT ET L'ELABORATION DE LA RELATION THERAPEUTIQUE 75
2.3.2. LE MEDECIN, LA METHADONE ET LA *POSITION D'ELABORATION* 76
2.3.3. ELABORATION DE LA RELATION ET REMISE EN CAUSE DE LA *POSITION D'ACCUEIL* 78

2.4. La position d'accompagnement de la relation thérapeutique vers… 79
2.4.1. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT VERS… TOUTES LES SORTIES 79

2.4.2. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT ET SORTIE SOUS FORME DE SANCTION NÉGATIVE 80
2.4.3. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE VERS UNE EXPÉRIENCE DE L'ÉCHEC 81
2.4.4. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT ET CRISE D'IDENTITÉ 82
2.4.5. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT ET RETOURS À LA *SALLE D'ACCUEIL* 82
2.4.6. DISPOSITIFS ORGANISATIONNELS QUI POURRAIENT FACILITER LE TRANSFÈREMENT DES PATIENTS 83

2.5. Les positions de la relation sans le patient : position d'équipe et position de réseau 84
2.5.1. POSITION D'ÉQUIPE ET CADRE(S) DE RÉFÉRENCE 84
2.5.2. POSITION DE RÉSEAU 86

III (b). FORMALISATION À PARTIR DES PROCESSUS ORGANISATIONNELS À *PARENTHÈSE*, MASS DE MONS 87

1. Prémices 87
1.1. Premières rencontres à Parenthèse, MASS de Mons 87
1.2. Parenthèse, MASS de Mons : descriptif 89
1.3. Analyse des "devoirs" 90

2. Modélisation d'une MASS décentralisée en antennes régionales 92
2.1. Présentation du schéma organisationnel de Parenthèse 92
2.2. Discussions autour du schéma organisationnel 93
2.2.1. MULTIDISCIPLINARITE ET EQUIPE "PSYCHOSOCIALE" 93
2.2.2. L'INSTITUTIONNALISATION 95
2.2.3. LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT MEDICAL ET LA QUESTION DU ROLE DE LA METHADONE 96
2.2.4. TRANSFEREMENT, FIN DE TRAITEMENT, CONTACTS AVEC D'AUTRES INSTITUTIONS 97

2.3. Eléments d'analyse du schéma organisationnel et feedback 97
2.3.1. "BAS SEUIL" ET MAINTENANCE 98
2.3.2. LA QUESTION DU CADRE ET L'ECUEIL DU *"TOXICOMIMETISME"* 99
2.3.3. MAINTENANCE ET ADAPTABILITE 100

III (c). FORMALISATION SUR BASE D'UN MODULE D'ENREGISTREMENT DE DONNÉES CLINIQUES 101

1. Contexte et intentions 101

2. Champs d'investigation sur lesquels faire porter les items du module 102

3. Modalités de l'enregistrement 104
3.1. Présentation du questionnaire dit "grille d'analyse de la demande" 104
3.1.1. SITUATION À L'ADMISSION 104
3.2.2. ELÉMENTS ÉVÉNEMENTIELS 105
3.2.3. CONCLUSION (DU QUESTIONNAIRE) 107

3.2. Commentaire général 108

IV. Analyse des effets des MASS sur les bénéficiaires des services et sur les réseaux régionaux d'intervention 110

1. Effets des MASS sur les bénéficiaires des services : les Focus Groups 110
1.1. Méthodologie 110
1.2. Résultats 112

2. Effets des MASS sur les réseaux régionaux d'intervention 116
2.1. Situation générale des institutions de l'offre de soins 116
2.2. Possibilités de travail en réseau et en circuits de soins : prospectives pour les régions de Mons et de Charleroi 118

Troisième partie
Conclusions générales à partir des réalisations des MASS de Mons et de Charleroi

120

I. Conceptualisation de la notion de "bas-seuil" 121

1. Hypothèse générale 121

2. L'identité de l'institution MASS : des institutions "à bas seuil" 124
2.1. Adaptation de l'offre et de la demande de soins 124
2.2. Bas seuil d'accessibilité 126
2.3. Bas seuil d'exigence thérapeutique 127
2.4. Méthodes de "réduction des risques" 128

3. L'identité des intervenants au sein de l'institution MASS : valorisation du travail d'accueil et d'accompagnement 129

4. L'identité du phénomène-drogue : le "bas seuil" entre approches thérapeutique, pédagogique, sanitaire et sécuritaire 131

5. L'identité de la patientèle des MASS en tant que groupe-cible : "bas seuil" et marginalité 132

6. L'identité individuelle du "patient toxicomane" 132

INDEX

BIBLIOGRAPHIE

"L'énorme masse du savoir quantifiable et techniquement utilisable n'est que du poison s'il est privé de la force libératrice de la réflexion"

Edgar Morin

Introduction

Le rapport de synthèse global de la recherche-évaluation des MASS, remis au SSTC, a pour objectif une évaluation du *Projet MASS* en tant qu'expérience globale. A ce titre, il a été convenu qu'il n'y serait pas fait mention de résultats locaux de la recherche, ceux-ci pouvant par ailleurs faire l'objet de publications postérieures n'engageant que les équipes de recherche vis-à-vis des MASS avec lesquelles elles ont travaillé. L'objet de ce rapport de synthèse local est donc de rendre un *feedback*, le plus exhaustif possible, de la recherche telle que menée par l'équipe de l'ULB en partenariat avec les équipes des MASS de Mons et de Charleroi. Ce rapport pourra servir de base à d'éventuels développements ultérieurs.

Certains extraits de ce rapport local ont servi à la composition du rapport de synthèse global. Étant donné le caractère plus synthétique de ce dernier, le lecteur attentif se référera de préférence à ce rapport local.

Avant d'entrer dans le contenu de ce rapport, nous tenons à exprimer nos sincères remerciements aux équipes des MASS de Mons et de Charleroi pour leur bienveillante collaboration. Nous mesurons, au moment de mettre sur papier tous ces moments passés chez les uns et les autres, à quel point cette collaboration participante a pu constituer parfois une charge de travail supplémentaire.

Collaboration participante, non dénuée d'inquiétudes mais surtout faite de questionnements, d'écoute envers les intrus que nous étions au début, et de répondance envers nos attentes, également anxieuses. Certes une évaluation est source d'angoisse, et toutes les rationalisations du monde –*"C'est pour votre bien, celui des patients,..."*– n'y changent rien. Le choix d'une méthodologie de *recherche-action*, où le chercheur et l'*"objet"* de la recherche se positionnent comme partenaires de recherche interactifs, n'a pas été guidé pour faire pièce à l'angoisse par une sorte d'égalisation des positions respectives — *"Nous sommes tous dans le malheur"*. Il est clair que nous restions des *"évaluateurs"*, commandités par les SSTC, et que notre indépendance en matière du choix des méthodes et des conclusions que nous tirions de la démarche de recherche est restée intacte tout au long de celle-ci. Nous assumons donc l'entière responsabilité de ce qui compose le présent rapport, et qui leur est prioritairement destiné.

★
★ ★

Avant d'entamer l'examen des résultats obtenus lors de l'évaluation des MASS de Mons et de Charleroi quant aux différents points de recherche abordés, il est nécessaire d'évoquer une analyse critique du *Projet MASS*, c'est-à-dire des textes qui président à la mise en place de celles-ci. Dès le volet Etude Pilote et de Faisabilité (juillet 1999), nous constations que la recherche-évaluation dont nous avons été chargés est à double-sens : évaluer les réalisations de terrain à partir d'un projet théorique, mais aussi adapter ce projet théorique à partir des réalisations de terrain. C'est donc également en ce sens que doit être conçu le rapport final. On y trouvera donc : I) une analyse critique des attentes et attendus du *Projet MASS* ; II) un examen des différentes facettes des réalisations des MASS de Mons et de Charleroi conformément au cahier de charges de la recherche ; III) des conclusions de recherche sur le

Projet MASS, à partir des développements de celui-ci tels que réalisés et formalisés à Mons et à Charleroi.

Dans la présentation de ce rapport, les différents chapitres sont précédés d'encadrés qui, en guise d'abstract, reprennent les idées importantes développées ensuite dans le corps de texte.

Première partie
Le Projet MASS : attentes et attendus[1]

Les textes qui définissent les attentes et attendus du *Projet MASS* sont essentiellement le *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* du Cabinet du Premier Ministre (1995) –*PATD*[2]–, et les Conventions de rééducation fonctionnelle conclues entre l'INAMI et chacune des MASS — *Conv. INAMI*[3]. L'examen préalable de ces textes nous permet : 1) d'esquisser la *notion de MASS* ; et 2) de cerner les éventuelles contradictions internes du projet, donc qui nécessitent une clarification par rapport à sa cohérence conceptuelle. Par la suite, dans l'analyse du fonctionnement interne des MASS, nous aurons l'occasion de cerner d'autres domaines, qui nécessitent une clarification par rapport à des réalisations pratiques, c'est-à-dire qui ne sont pas ou insuffisamment définis dans les textes.

I. La notion de MASS

- PUBLIC-CIBLE : Les consommateurs de drogues illicites dits ***marginalisés***. La notion de "marginalité" n'est pas clairement définie. Il s'agit au moins des "*patients qui ne sont pas (plus) ou insuffisamment aidés par d'autres services* […] *et pour qui* […] *un traitement multidisciplinaire est indiqué"* (*Conv. INAMI*, art. 6).
- DISPOSITIF : ***Complémentaire*** à ce qui existe et ***multidisciplinaire.*** Par ailleurs, *"dès qu'un transfert vers les services réguliers de soins est possible et/ou qu'un traitement multidisciplinaire n'est plus nécessaire, le patient ne fait plus partie du groupe-cible"* (*Conv. INAMI*, art. 6).
- OBJECTIFS : Objectif global des MASS : stimuler l'entrée du patient dans des programmes thérapeutiques visant l'***abstinence (***à charge des *"services réguliers de soins")*. Les objectifs intermédiaires sont :
  - augmenter les contacts avec les personnes du public-cible : accessibilité étendue ("***bas seuil d'accessibilité***") (*Conv. INAMI*, art. 2 § 2), aucune condition préalable au traitement ("***bas seuil d'exigence***") (*Conv. INAMI*, art. 2 § 3) ;
  - répondre rapidement et efficacement aux demandes : offre rapide et *"sur mesure* [d']*une* ***guidance*** *médicale et sociale efficace"* (*Conv. INAMI*, art. 2 § 2) ;
  - augmenter la qualité de vie des consommateurs de drogues : ***réduction des risques :*** "[…] *dans certains cas, le traitement peut même viser presqu'exclusivement la prise de contact et le maintien de contact avec le toxicomane* [et] *une réduction ou une élimination de l'utilisation de drogue, éventuellement par l'administration de médicaments de substitution*" (*Conv. INAMI*, art. 7 § 1er) ;
  - contribuer à la réinsertion sociale et professionnelle : (*Conv. INAMI*, art. 8) ;
  - stimuler l'entrée du patient dans un programme thérapeutique à visée d'abstinence ;
  - obtenir la cessation de la prise de toute drogue illicite par l'emploi des traitements de substitution ;

[1] Les *attendus* sont les présupposés du projet, les éléments sur lesquels il s'appuie. Les *attentes* du projet en sont les résultats escomptés.

[2] Par commodité, nous nous y référerons désormais par cette abréviation *PATD*.

[3] Le texte de ces conventions est identique pour toutes les MASS, à l'exception de la dénomination de l'institution concernée, des sommes d'argent engagées et du projet annexé à chaque convention, qui a été rédigé sous la responsabilité des villes accueillant ces institutions. Ces projets fixent notamment le cadre de personnel — par commodité, nous nous y référerons désormais par cette abréviation *Conv. INAMI*.

- Objectif "collatéral" : diminution des comportements délinquants du public-cible.

- TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION : spécifiquement mis en exergue (méthadone), conformément aux recommandations de la Conférence de Consensus sur les Traitements de Substitution (8 octobre 1994). Pour rappel, la Conférence de Consensus énonce trois usages possibles de la méthadone :
  - en tant que traitement de substitution au sens strict : " […] sont généralement des traitements de moyenne durée (2 – 5 ans) […]" ;
  - en tant que traitement de maintenance : " […] *sans durée déterminée*" ;
  - en tant que traitement de sevrage rapide dégressif : "*Les traitements rapidement dégressifs (3 semaines – 3 mois) connaissent également leurs indications*".

Le *Projet MASS* ajoute un objectif à l'utilisation de la méthadone : "*une réduction ou une élimination de l'utilisation de drogue, éventuellement par l'administration de médicaments de substitution*" (*Conv. INAMI*, art. 7 § 1er). De plus, "[…] *un médecin de l'établissement peut prescrire une médication de substitution* […] *en vue de réduire sensiblement leur consommation de toutes sortes de drogues illégales ou d'y mettre un terme.* […] *Après le démarrage du traitement […] on prélèvera régulièrement de nouveaux échantillons d'urine du patient, dans l'établissement, pour vérifier si l'objectif du traitement par médicaments de substitution (notamment la limitation ou l'élimination de la consommation de toute drogue illégale) est effectivement atteint* […Sinon] *il convient après un certain temps et après des entretiens d'évaluation avec le patient, de modifier ou d'arrêter le traitement* (*Conv. INAMI*, art. 9 § 1er).

- MOYENS : le *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue (PATD)* préconisait un financement pour 5 médecins par MASS par l'INAMI, et un financement de 5 travailleurs sociaux par les Contrats de Sécurité. Les *Conv. INAMI* ont ensuite permis l'extension et la diversification du cadre de personnel, mais le principe du financement mixte a été préservé : 75% du budget est constitué des remboursements de semaines de rééducation fonctionnelle par l'INAMI, 25% provient des Contrats de Sécurité.

Le *PATD* est le document qui initie la mise en place des MASS et en explique le projet. Le principe de ces institutions y est décrit de la manière suivante : "[…] *neuf Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour consommateurs de drogues marginalisés seront mises en place*[…]. *Ce projet est complémentaire à ce qui existe en ce qu'il entend offrir un accompagnement médical et social à un public exclu des réseaux actuels de prise en charge. L'objectif est ainsi d'augmenter les contacts avec les consommateurs de drogues les moins "demandeurs" des dispositifs actuels d'accueil et de soins. Ceux qui s'y adressent doivent pouvoir y trouver une réponse rapide et efficace à leurs demandes. Les MASS cherchent, sur le plan médical, à augmenter la qualité de vie des consommateurs de drogues en répondant prioritairement à leurs demandes de soins et en diminuant les dommages que l'usage de drogues, en premier lieu de drogues injectables, représente pour la santé publique. Les thérapies de substitution conviennent souvent aux patients consommateurs d'héroïne, parmi les plus marginalisés. Elles doivent pouvoir être prescrites au sein des MASS dans le respect des recommandations de la Conférence de Consensus du 8 octobre 1994. Sur le plan social, les MASS visent à réinsérer les consommateurs de drogues dans la société et à les réintégrer professionnellement* […] *La démarche globale vise à stimuler l'entrée dans des programmes thérapeutiques de plus longue durée poursuivant comme but ultime la cessation de la prise de drogues. D'une manière générale, on peut espérer que l'amélioration des conditions sociales et sanitaires de vie des consommateurs de drogues devrait contribuer à diminuer les comportements délinquants de la population toxicomane*"[4]. Certains éléments de cette définition de principe sont précisés dans les *Conv. INAMI*.

Grâce à ces textes, on peut retenir les éléments suivants comme définissant la spécificité des MASS[5] :

[4] *PATD*, point E, pp. 5-6. Nous soulignons.

[5] Nous reprenons en gras les mots-clés utilisés dans le "langage courant" des MASS pour désigner leurs spécificités, afin d'illustrer à quoi ils font référence. Souvent, ces mots manquent d'univocité (Cf. Infra, manque de définition des concepts). Une des tâches de cette recherche sera précisément d'en éclaircir les sens éventuels.

- LE PUBLIC-CIBLE : Les MASS s'adressent à des consommateurs de drogues illicites dits ***marginalisés***[6]. Bien que la notion de "marginalité" ne soit pas clairement définie (Cf. Infra), le *Projet MASS* indique à tout le moins qu'il s'agit de personnes exclues des réseaux actuels de prise en charge, ce que les *Conv. INAMI* précisent comme *"les patients qui ne sont pas (plus) ou insuffisamment aidés par d'autres services, quelle que soit leur nature, et pour qui, en raison d'une problématique dans plusieurs domaines (médical, psychologique, social) un traitement multidisciplinaire est indiqué"*[7].

- LE DISPOSITIF : Il doit être ***complémentaire*** à ce qui existe et ***multidisciplinaire***[8], dans la mesure où *"dès qu'un transfert vers les services réguliers de soins est possible et/ou qu'un traitement multidisciplinaire n'est plus nécessaire, le patient ne fait plus partie du groupe-cible de l'établissement qui prendra dès lors les mesures nécessaires pour transférer le patient traité vers d'autres services de soins"*[9].

- LES OBJECTIFS : L'objectif global des MASS est de stimuler l'entrée du patient dans des programmes thérapeutiques visant comme but ultime la cessation de la prise de drogues (***abstinence***). Compte tenu du *dispositif*, ces programmes thérapeutiques de plus longue durée sont à charge des *"services réguliers de soins"*. Au niveau du travail directement dévolu aux MASS, les objectifs intermédiaires sont :
  - d'augmenter les contacts avec les personnes du public-cible : à cette fin, les *Conv. INAMI* précisent que l'accessibilité à l'établissement doit être suffisamment étendue (***bas seuil d'accessibilité***) (art. 2 § 2) et qu'aucune condition préalable au traitement ne peut être posée (***bas seuil d'exigence***) (art. 2 § 3) ;
  - de répondre rapidement et efficacement à leurs demandes : ce travail est conçu sous la forme d'une offre rapide et *"sur mesure* [d']*une* ***guidance***[10] *médicale et sociale efficace"*[11] aux personnes du public-cible ;
  - d'augmenter leur qualité de vie en tant que consommateurs de drogues –en attendant leur entrée dans des programmes à visée d'abstinence–, notamment par la ***réduction des risques*** –ou des dommages– encourus par leur pratique de consommation : "[…] *dans certains cas, le traitement peut même viser presqu'exclusivement la prise de contact et le maintien de contact avec le toxicomane. Concernant l'usage même de la drogue* […], *l'établissement devra limiter son objectif, pour beaucoup de patients du groupe cible, à une réduction ou une élimination de*

---

[6] Les *Conv. INAMI* reprennent très précisément les codes DSM-III-R qui correspondent aux diagnostics d'abus ou de dépendances aux substances illicites (*Conv. INAMI*, art. 6).

[7] *Conv. INAMI*, art. 6

[8] *"L'établissement est multidisciplinaire. Cela veut dire entre autres que des membres de l'équipe, formés à différentes disciplines, doivent en principe intervenir dans le traitement d'un patient et que les patients doivent être motivés pour faire appel, si nécessaire, à des membres de l'équipe autres que celui avec lequel ils sont en contact"* ; *Conv. INAMI*, art. 3

[9] *Conv. INAMI*, art. 6

[10] La notion de *guidance* met nettement l'accent sur le conseil et l'injonction plutôt que sur une conception plus psychothérapeutique de la prise en charge ; celle-ci n'est pas exclue mais est post-posée comme une possibilité secondaire et limitée. Cf. Gibson R.L. & Mitchell M.H. ; *Introduction to Counseling and Guidance*, Prentice Hall International, Upper Saddle River (New Jersey), 1999

[11] *Conv. INAMI*, art. 2 § 2, nous soulignons.

l'utilisation de drogue, éventuellement par l'administration de médicaments de substitution"[12] ;

- ♦ de contribuer à leur réinsertion sociale et professionnelle : les *Conv. INAMI* donnent des listes d'activités et d'interventions que les MASS peuvent organiser dans le cadre de la rééducation fonctionnelle, en précisant celles qui doivent être assurées (art. 8)[13] ;
- ♦ de stimuler l'entrée du patient dans un programme thérapeutique de plus longue durée avec visée d'abstinence.
- ♦ Par extension, un objectif intermédiaire est aussi d'obtenir la cessation de la prise de toute drogue illicite, notamment par l'emploi des traitements de substitution (Cf. Infra).
- ♦ Enfin, un objectif "collatéral" est la diminution des comportements délinquants du public-cible.

- LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION A LA METHADONE : Parmi les différents moyens préconisés pour atteindre les objectifs assignés aux MASS, les traitements de substitution à la méthadone sont spécifiquement mis en exergue. Ceux-ci sont préconisés, bien évidemment, pour les toxicomanes aux opiacés, considérés comme *"parmi les plus marginalisés"* (Cf. Supra). L'utilisation de la méthadone doit être réalisée conformément aux recommandations de la Conférence de Consensus sur les Traitements de Substitution à la Méthadone du 8 octobre 1994. Pour rappel, la Conférence de Consensus énonce trois usages possibles de la méthadone dans le traitement des personnes dépendantes à l'héroïne :

  - ♦ en tant que traitement de substitution au sens strict : " […] *sont généralement des traitements de moyenne durée (2 – 5 ans)* […]" ;
  - ♦ en tant que traitement de maintenance : " […] *sans durée déterminée"* ;
  - ♦ en tant que traitement de sevrage rapide dégressif : "*Les traitements rapidement dégressifs (3 semaines – 3 mois) connaissent également leurs indications*"[14].

  Sans sortir des recommandations de la Conférence de Consensus, les *Conv. INAMI* ajoutent un objectif à l'utilisation de la méthadone. D'une part, comme cela vient d'être mentionné, elles précisent qu'un objectif intermédiaire minimal est : "*une réduction ou une élimination de l'utilisation de drogue, éventuellement par l'administration de médicaments de substitution*"[15]. D'autre part, elles précisent que : " […] *un médecin de l'établissement peut prescrire une médication de substitution (méthadone, buprénorphine, etc.) aux patients de l'établissement pour lesquels cette modalité de traitement est indiquée, en vue de réduire sensiblement leur consommation de toutes sortes de drogues illégales ou d'y mettre un terme.* […] *au début du traitement de substitution, en vue d'un examen toxicologique, un échantillon d'urine du patient sera également prélevé dans l'établissement. Après le démarrage du traitement par médicaments de substitution, on prélèvera régulièrement de nouveaux échantillons d'urine du patient, dans l'établissement, pour vérifier si l'objectif du traitement par médicaments de*

[12] *Conv. INAMI*, art. 7 § 1er
[13] On trouvera un exemplaire de la *Conv. INAMI* en annexe I.
[14] Conseil Supérieur d'Hygiène, Commission des Médicaments ; *Conférence de Consensus, traitement de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, p. 7
[15] *Conv. INAMI*, art. 7 § 1er

substitution (notamment la limitation ou l'élimination de la consommation de toute drogue illégale) est effectivement atteint ; il faut également veiller à ce que le patient prenne effectivement lui-même les médicaments de substitution sans qu'il y ait de double prise de médicaments de substitution (prescription de médicaments de substitution par plusieurs médecins). Si l'objectif n'est pas atteint, il convient après un certain temps et après des entretiens d'évaluation avec le patient, de modifier ou d'arrêter le traitement"[16].

- LES MOYENS : Les MASS reçoivent leurs moyens de fonctionnement sur base d'un dispositif financier que nous analyserons ultérieurement. Les *Conv. INAMI* détaillent ces mécanismes financiers[17]. Il suffit à ce stade de préciser que le *PATD* préconisait un financement pour 5 médecins par MASS sur base des conventions de rééducation fonctionnelle de l'INAMI, et un financement de 5 travailleurs sociaux par l'intermédiaire des Villes dans le cadre des Contrats de Sécurité. Les *Conv. INAMI* ont ensuite permis l'extension et la diversification du cadre de personnel en fonction des projets annexés aux Conventions (psychologues, éducateurs, travailleurs de rue, personnel infirmier…). Le principe de ce financement mixte a toutefois été préservé puisque les MASS soumises à notre évaluation reçoivent leurs moyens à 75% sous forme de remboursements de semaines de rééducation fonctionnelle par l'INAMI, et à 25% sous forme de subsides octroyés par les Villes sur le fonds des Contrats de Sécurité.

II. Analyse critique de la notion de MASS

- MANQUE DE DEFINITION DES CONCEPTS : notion de "**bas seuil**", de "**marginalité**"**,** de "**services réguliers de soins**"**,** de "**réseaux de soins classiques**"**,** d'"**usage problématique**" de drogues ;
- COLLISION D'OBJECTIFS : les MASS doivent entrer en contact avec un public d'"*exclus*", le réinsérer socialement **(objectif pédagogique)**, réduire les dommages liés à la consommation de drogues illicites **(objectif sanitaire)**, inciter le patient à entrer dans des programmes à visée d'abstinence **(objectif thérapeutique)** et avoir un impact sur les comportements délinquants **(objectif sécuritaire) ;**
- ABSENCE DE CADRE OPERATIONNEL : à l'exception des normes et contraintes administratives, on ne trouve ni les tâches à accomplir, ni la distribution des rôles et fonctions, ni la disposition des lieux, ni les règles de "bonne pratique" clinique à suivre, ni la définition du cadre thérapeutique opératoire, ni les moyens de gérer les difficultés inhérentes à un public marginalisé, ni l'organisation de la multidisciplinarité ;
- DESARTICULATION TECHNIQUES / OBJECTIFS : plusieurs techniques d'intervention sont mentionnées : "**réduction des risques**", **guidance médicale** et **guidance sociale**, **traitements de substitution**, **guidance psychologique individuelle**, **guidance familiale**… Or, ces techniques "classiques" sont préconisées par rapport à des objectifs "non-classiques".

L'analyse de la notion de MASS sur base des textes du *Projet MASS*, présentés ci-dessus, pose donc déjà un certain nombre de questions, indépendamment de l'examen des réalisations de terrain qui en découlent. Ce sont ces questions qui ont orienté les démarches de la recherche-évaluation. Elles recouvrent très largement celles que nous avions énoncé lors du volet *Etude Pilote et de Faisabilité*, et que nous pouvons synthétiser ici de la manière suivante :

[16] *Conv. INAMI*, art. 9 § 1er

[17] On peut constater au passage que près de la moitié de la *Conv. INAMI* est consacrée à ce sujet, Cf. Annexe I.

- MANQUE DE DEFINITION DES CONCEPTS : un grand nombre de concepts ou de conceptions sont utilisées dans la définition de la notion de MASS sans que l'on puisse leur donner un contenu précis. C'est le cas de la notion de "**bas seuil**", utilisée pour définir le concept global de fonctionnement des MASS, alors que, d'un point de vue théorique, elle couvre des logiques différentes, et des réalisations différentes d'un point de vue pratique. C'est également le cas avec les notions de "**marginalité",** appliquée au public-cible, de "**services réguliers de soins**" ou de "**réseaux de soins classiques**" avec lesquels les MASS devraient collaborer, ou d'"**usage problématique**" de drogues ;

- COLLISION D'OBJECTIFS : il est remarquable, à la lecture des principes généraux de la notion de MASS, d'y trouver mêlés des aspects relevant d'objectifs multiples, donnant d'avantage dans le registre de la confusion que dans celui de la diversité. En effet, les MASS doivent entrer en contact avec un public d'*"exclus"*, le réinsérer socialement **(objectif pédagogique)**, réduire les dommages liés à la consommation de drogues illicites **(objectif sanitaire)**, inciter le patient à entrer dans des programmes à visée d'abstinence **(objectif thérapeutique)** et avoir un impact sur les comportements délinquants **(objectif sécuritaire) ;**

- ABSENCE DE CADRE OPERATIONNEL : les textes de référence du *Projet MASS* décrivent les principes de fonctionnement et les objectifs des MASS, sans pour autant livrer de piste permettant la concrétisation pratique de ces principes. A l'exception des normes et contraintes administratives –liées aux mécanismes de financement–, on n'y trouve aucun élément précisant les tâches à accomplir, ni la distribution des rôles et fonctions des travailleurs au sein des MASS, ni la disposition des lieux, ni les règles de "bonne pratique" clinique à suivre, ni la définition du cadre thérapeutique opératoire, ni les moyens de faire face aux éventuelles difficultés pouvant surgir de la gestion d'un service destiné à un public marginalisé[18]… Cette question est surtout patente en ce qui concerne l'organisation de la multidisciplinarité, dont on a vu ci-dessus qu'elle constitue un élément déterminant du dispositif d'organisation des MASS ;

- DESARTICULATION DES TECHNIQUES ET DES OBJECTIFS : plusieurs techniques d'intervention sont mentionnées dans les *Conv. INAMI*. Certaines avec un caractère obligatoire ("**réduction des risques**", **guidance médicale** et **guidance sociale**,…), d'autres avec un caractère facultatif (**traitements de substitution**, **guidance psychologique individuelle**, **guidance familiale**…). Or, le contexte d'approche des MASS étant, par principe, d'atteindre un public exclu des *"services réguliers de soins"*, ces techniques "classiques" sont préconisées par rapport à des objectifs "non-classiques".

[18] La méthode consistant à énoncer des principes généraux et à demander aux Villes concernées un projet propre correspondant à ces principes, tend à démontrer que le *Projet MASS* se veut expérimental : chacun est invité à s'approprier ces principes et à les mettre en application selon les réalités locales de terrain, les convictions et représentations de chacun, les moyens dont il dispose. Un des objectifs de la recherche-évaluation a donc également été la mise en exergue des avantages et inconvénients de ces différentes pratiques issues de principes communs.

Voilà un ensemble de domaines de questionnement auxquels toutes les MASS ont eu à répondre par la pratique dès leur entrée en fonction. Tout au long de l'examen des résultats de la recherche, nous aurons à montrer l'incidence de ces *"espaces indéfinis"* du *Projet MASS*.

Deuxième partie
Evaluation des MASS selon les divers angles d'approche de la recherche

I. Méthodologie générale de *"recherche-action"*

1. Statut problématique de l'évaluation

- Objet de recherche complexe : car les acteurs concernés sont aptes à réagir aux démarches entreprises à leur sujet. Donc, l'objet de recherche se modifie sous l'influence de celle-ci. Il est donc nécessaire que la méthodologie intègre ce phénomène "réactif" (*feedback*).
- De plus elle concerne :
  - des institutions de soins : aux objectifs multidisciplinaires –médical, psychologique, social– et qualitatifs ("répondre rapidement et efficacement aux demandes", "améliorer la qualité de vie", etc.) ;
  - des institutions dont l'installation est récente : période de fonctionnement à évaluer brève ;
  - des institutions dépendant de l'Etat fédéral : aussi commanditaire de l'évaluation ;
  - des institutions spécialisées en toxicomanies : où la question de l'évaluation est de toute manière délicate ;
  - des institutions au dispositif inédit : pas de référence pour l'évaluation, ni dans la pratique, ni dans la littérature scientifique ;
  - des institutions dont le *Projet* manque de cohérence interne : pas de référence pour l'évaluation dans le *Projet MASS*.

L'évaluation du fonctionnement d'une institution est une tâche délicate dans la mesure où il s'agit d'un objet de recherche *complexe*. Cette *complexité* résulte prioritairement du fait que les acteurs concernés –l'institution évaluée, les intervenants qui les composent, les autres personnes physiques ou morales en relation avec cette institution (autres intervenants, autres institutions, patients, pouvoirs subsidiants et organisateurs…)– sont doués de conscience et donc aptes à réagir aux démarches entreprises à leur sujet. De sorte que la situation qu'il s'agit d'évaluer se modifie tout au long du déroulement du processus de recherche, *y compris sous l'influence de ce dernier*. Une méthodologie à connotation objectiviste –qui préconiserait la neutralité du chercheur vis-à-vis de son objet de recherche, qui donc prétendrait laisser celui-ci intact, et qui entretiendrait l'illusion d'un chercheur également intact– invaliderait la recherche à chacun de ses pas, de par son incapacité à prendre en compte son propre impact. Il est donc nécessaire que la méthodologie d'une telle évaluation intègre ce phénomène "réactif" (*feedback*) et se déploie, elle aussi, de manière dynamique et *complexe*.

Si ce qui vient d'être dit vaut pour toute recherche en sciences humaines et sociales, cela s'applique *a fortiori* à la recherche-évaluation des MASS. En outre, celle-ci présente des particularités puisqu'elle concerne :

- des institutions de soins : il ne s'agit donc pas d'évaluer, par exemple, la productivité d'une entreprise dont l'efficacité se mesure au chiffre d'affaires[19]. A l'inverse, cela signifie que l'évaluation porte sur des éléments eux-mêmes *complexes*, puisque les objectifs énoncés sont des résultats à obtenir simultanément dans divers champs –médical, psychologique, social– en interaction (pour rappel, *"répondre rapidement et efficacement aux demandes"*, *"améliorer la qualité de vie"*, etc. — Cf. Supra) ;
- des institutions dont l'installation est récente : la période de fonctionnement à évaluer est donc brève (avril 1997 pour la MASS de Charleroi, février 1998 pour la MASS de Mons) ;
- des institutions qui dépendent financièrement de l'Etat fédéral : qui se trouve être aussi le commanditaire de l'évaluation ;
- des institutions qui travaillent dans le champ des toxicomanies : où la question de l'évaluation est de toute manière une question délicate étant donné la pluridisciplinarité et la *complexité* propre du champ ;
- des institutions dont le projet implique un dispositif inédit (Cf. Supra) : il n'y a donc pas de point de référence pour l'évaluation, ni dans la pratique, ni dans la littérature scientifique (patients non-classiques impliquant des dispositifs non-classiques) ;
- enfin, des institutions dont les textes fondateurs manquent de cohérence interne (Cf. Supra) : il n'y a donc pas non plus suffisamment de points de référence opératoires pour leur évaluation dans le *Projet MASS*.

Le statut scientifique de l'évaluation des MASS, étant donné le contexte dans lequel celle-ci est organisée, est donc problématique[20]. Par ailleurs, les statuts organisationnel et clinique de cette même évaluation soulèvent aussi des interrogations. En effet, les intervenants de terrain estiment souvent qu'il y a une distance entre les préoccupations des pouvoirs subsidiants, commanditaires habituels des évaluations, et les situations quotidiennes qu'elles rencontrent. De même, ces intervenants peuvent estimer qu'il existe une distance entre leurs pratiques et le point de vue théorique de chercheurs universitaires. Dès lors, les intervenants peuvent se sentir mis en cause dans leur légitimité, et nier dans le même temps la légitimité des chercheurs et de l'évaluation. En l'absence d'une telle légitimité, la recherche-évaluation est condamnée à n'avoir aucune portée, et donc aucune utilité. La méthodologie de *"recherche-action"* constitue une réponse à cet ensemble de difficultés. Cependant, le contenu spécifique de cette méthodologie doit être clarifié.

---

[19] L'on doit d'ailleurs signaler au passage que le cahier de charges de la recherche nous demandait d'étudier l'efficacité des MASS. Tâche ardue s'il en est puisqu'aucun critère ne permet, à l'heure actuelle, de mesurer sans équivoque l'efficacité d'un service de soins pour usagers de drogues en général, et *a fortiori* d'une institution spécifique comme une MASS. Il y a par ailleurs un problème méthodologique si l'on cherche, par exemple, à établir la comparaison entre un groupe de patients des MASS et un groupe contrôle (non-patients des MASS), puisque ces institutions visent des personnes aux caractéristiques spécifiques, que les facteurs amenant des patients vers les MASS ne sont pas le fait du hasard, et que les effets recherchés de la prise en charge sont spécifiques. Sur cette question, on peut se référer à : Seligman M. E. P. ; The Effectiveness of Psychotherapy, in *The Consumer Reports Study*, American Psychological Association, 1995

[20] Sans mentionner ici les questions soulevées par le dispositif scientifique de l'évaluation, c'est-à-dire la répartition des MASS à évaluer entre quatre équipes de recherche universitaires, aux disciplines différentes (droit pénal et criminologie, droit de la Santé Mentale, psychiatrie, psychologie médicale, approche multidisciplinaire des assuétudes, sociologie des organisations et du contrôle social), néerlandophones et francophones, publiques et libres, catholiques et laïques…

2. Principes généraux de la recherche-action

- L'évaluation des MASS est une ***recherche sur l'action*** (Liu, 1997) : *"où la finalité poursuivie consiste à apprendre à des acteurs ayant réalisé des innovations sociales importantes, à expliciter les savoirs implicites qu'ils ont utilisés, afin de pouvoir les transmettre à d'autres et les recueillir dans le corpus des connaissances scientifiques"*. Elle a pour objectif d'engranger des résultats, mais aussi de permettre aux équipes de praticiens de se situer et de se réorienter au cours de la recherche.
- Il s'agit de faire émerger, par la confrontation d'idées, un *corpus discursif* ayant valeur consensuelle (une terminologie commune). Ce corpus discursif peut alors être confronté aux déterminations des MASS (*Projet MASS*, situation géographique et socio-économique, situation épidémiologique, positions d'autres intervenants du réseau, représentations / croyances…). De sorte que le *corpus discursif* devient *corpus notionnel*. Ce dernier peut être approfondi en un *corpus conceptuel*, autrement dit une *théorie* (sur le versant de la recherche) ou un programme thérapeutique (sur le versant des pratiques).

Il existe un grand nombre de recherches en sciences humaines qui se sont positionnées en tant que *"recherche-action"*. Parce que construites à partir de la pratique, et orientées vers elle, les "recherches-actions" constituent un ensemble assez hétérogène de variantes méthodologiques, parfois confuses. Cet ancrage sur le versant des pratiques, ainsi que le relatif manque de rigueur académique de certains travaux se réclamant de cette tendance, ont contribué à discréditer cet ensemble méthodologique aux yeux des institutions scientifiques officielles, qui ne s'en revendiquent que très rarement.

En parallèle, le terme est peu à peu devenu une *"couverture de légitimité"* pour des praticiens aspirant à théoriser –et parfois à dogmatiser– leurs prises de position[21]. Institutionnellement, en Belgique, la recherche est le domaine privilégié des universités et institutions assimilées. Si bien que le secteur associatif n'a souvent pu obtenir des subsides pour ses besoins de recherche que sous le couvert de l'appellation *"recherche-action"*. Ainsi, aujourd'hui, se réclamer de cet ensemble pourrait laisser supposer une absence de méthodologie réelle. Pourtant, un des principes de base de la "recherche-action" étant un partage étendu des moyens de la recherche entre les partenaires de celle-ci, il est nécessaire de clarifier rigoureusement cette méthodologie et les rôles de chacun. Voici donc l'occasion de remettre quelques pendules de la *"recherche-action"* à l'heure.

La notion de *"recherche-action"* trouve son origine chez K. Lewin. Interdit d'enseignement par le régime nazi dans l'Allemagne des années 1930, ce psychologue est contraint de faire émerger de nouvelles méthodes de recherche, hors des murs de l'université. La "recherche-action" naît donc dans une situation de crise où les méthodes classiques deviennent inapplicables car inaccessibles. C'est une caractéristique fondamentale de cette méthodologie[22].

Plusieurs auteurs ont essayé d'organiser cet ensemble. Ainsi, M. Liu en distingue trois catégories selon le type de partenariat mis en place entre chercheurs et praticiens au sein de la recherche. Il énumère :

[21] Martin C. ; *Les recherches actions sociales, miroirs aux alouettes ou stratégie de qualification*, La Documentation Française - Documents Affaires sociales - MIRE, Paris 1986

[22] Liu M. ; *Fondements pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1997, pp. 13-15

- La recherche-action associée : *"où la volonté de changement est portée par des membres d'une institution et l'intention de recherche par les membres d'une équipe appartenant à un laboratoire extérieur"* ;
- La recherche-action interne : *"où la volonté de changement et l'intention de recherche appartiennent à une même équipe au sein d'une institution unique"* ;
- La recherche sur l'action : *"où la finalité poursuivie consiste à apprendre à des acteurs ayant réalisé des innovations sociales importantes, à expliciter les savoirs implicites qu'ils ont utilisés, afin de pouvoir les transmettre à d'autres et les recueillir dans le corpus des connaissances scientifiques"*[23].

La recherche-évaluation des MASS, telle que nous avons voulu la mener, s'inscrit dans cette troisième catégorie.

Pour sa part, O. Zuber-Skerritt distingue également trois types de "recherche-action" selon ses finalités : les "recherches-actions" technique, pratique et émancipatrice. Selon ces définitions, cette recherche-évaluation serait une *recherche-action pratique,* dont le but est, d'une part, l'augmentation de l'efficacité de la pratique managériale, et d'autre part, la compréhension par les praticiens des différents aspects de leur pratique et une modification de leur conscience de celle-ci. Le chercheur, dans cette catégorie, est un expert extérieur auquel est attribué un rôle "socratique", encourageant l'auto-réflexion[24]. Dans ce contexte, la *"recherche-action"* a pour objectif, non seulement d'engranger des résultats, mais aussi de permettre aux équipes de praticiens de se situer et de se réorienter au cours de la recherche[25].

Concrètement, notre démarche a consisté à considérer que chercheurs et praticiens évoluaient dans un rapport d'égalité, tant dans la production des connaissances que dans la modification des pratiques. Notons toutefois que, si ce rapport d'égalité implique l'absence de prépondérance de l'apport des uns vis-à-vis des autres, il ne signifie pas pour autant la confusion des rôles. Il s'est agi de permettre aux praticiens de parler de leurs pratiques, de leurs questions, de leurs idées, puisqu'ils en ont l'expertise. Les chercheurs ont alors pour tâche de mettre en confrontation des points de vue différents, soit entre les membres d'une même équipe, soit entre les points de vue exprimés et des propositions couramment acceptées dans d'autres lieux d'intervention, dans les milieux scientifiques et / ou dans la littérature, soit encore entre ces points de vue et des résultats de la recherche, présentés en *feedback*. Ce faisant, le rôle du chercheur n'est pas de répondre aux questions mais bien d'investir ses compétences propres pour enrichir la discussion. En d'autres termes, *"*[…] *le chercheur découvre que, si abstraite que soit sa recherche, elle constitue une pratique sociale, tandis que le professionnel aperçoit que son action quotidienne est grosse d'une théorie* [...]"[26].

La confrontation de points de vue différents pousse bien évidemment chacun à la réflexion –praticiens et chercheurs–, ce qui enrichit le débat. Une telle démarche, encadrée par

[23] Liu M. ; *Fondements pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1997, p. 20
[24] Zuber-Skerritt O. & al. ; *New Directions in Action Research*, Falmer Press, London, 1996, p. 4
[25] Une évaluation de la recherche consiste donc à mesurer la capacité des équipes à tirer des conclusions vis-à-vis de la recherche à laquelle ils participent à la fois en tant qu'objet et en tant que sujet.
[26] Martin C. ; *Les recherches actions sociales, miroirs aux alouettes ou stratégie de qualification*, La Documentation Française - Documents Affaires sociales - MIRE, Paris 1986, p. 14

des *feedback* synthétiques et réguliers des chercheurs, augmente la cohésion des propositions discutées et permet ainsi d'agréger un ensemble de propositions cohérentes en tant que *corpus discursif* ayant valeur consensuelle — autrement dit, une terminologie commune, même si à ce moment, le contenu de cette terminologie ne fait pas forcément l'objet d'un accord explicite. Ce corpus discursif peut alors être confronté aux déterminations du Projet (textes du *Projet MASS* et volonté des pouvoirs organisateurs, réalités géographiques, socio-économiques, positions d'autres intervenants du réseau, représentations…). De sorte que des propositions, des idées, des modèles peuvent alors émerger comme des ensembles cohérents et orienter ainsi des *choix*, désormais consciemment posés et partagés au sein de l'équipe. Le *corpus discursif* devient *corpus notionnel*. Enfin, si ce travail de mise en cohésion peut se poursuivre à plus long terme, le corpus notionnel pourrait devenir un *corpus conceptuel*, autrement dit une *théorie* –sur le versant de la recherche– ou un programme d'action, par exemple un programme thérapeutique — sur le versant des pratiques.

3. Impact méthodologique et limites de la "recherche-action"

- Selon Cl. Martin (Martin, 1986), la scientificité des "recherches-actions" tient essentiellement à leur capacité de produire du consensus. En clair, c'est la lisibilité de l'information qui est l'objet de la démarche ;
- Dès lors, un objectif de cette recherche est de **mettre à jour le système de pensée dans lequel les pratiques développées s'inscrivent.**

Pour Lewin, la "recherche-action" était un substitut de la recherche en laboratoire des sciences physico-chimiques : il s'agissait de manipuler un objet de recherche, en l'occurrence social et psychologique, pour en pénétrer la substance. Ce faisant, la scientificité ainsi visée ne se différencie pas de la scientificité de la physique classique : faire émerger des lois générales et des techniques vérifiables et reproductibles.

Or, la scientificité qui émerge dans un travail de mise en cohésion de propositions notionnelles est d'un autre registre. Selon Cl. Martin, la scientificité des "recherches-actions" tient essentiellement à leur capacité de produire du consensus, ce qui signifie un discours légitime et auto-produit. Dès lors, pour les décideurs, la "recherche-action" permet de répondre à la fois aux demandes de territorialisation, d'applicabilité ou d'utilité, mais aussi à celle de la légitimité. Pour les praticiens, elle permet, en tant que démarche non-orthodoxe, peu revendiquée par les milieux scientifiques, d'intégrer la dimension de l'auto-production consensuelle, voire de l' (auto-)formation[27].

En clair, c'est la lisibilité de l'information qui est l'objet de la démarche. Or, au sein de plusieurs courants contemporains de l'épistémologie et de la philosophie des sciences, on considère que la scientificité d'une théorie tient surtout dans la capacité organisationnelle de ses modélisations : *"la circularité d'un concept n'est pas celle d'un réseau hermétiquement clos de composantes logiques, mais celle d'un processus par lequel celui qui conçoit parcourt le réseau conceptuel tout en achevant de l'organiser"*[28].

[27] *Ibid.*
[28] Vullierme J.L. ; *Le concept de système politique*, PUF, "politique d'aujourd'hui", Paris, 1989, p. 43

Il est impossible de rentrer ici dans de longues démonstrations épistémologiques. Pour faire simple, on peut rappeler que depuis les travaux de K. Popper, on admet que la scientificité d'une proposition tient à son caractère falsifiable plutôt qu'à son caractère vérifiable[29]. Un exemple ne suffisant pas à démontrer qu'une proposition soit vraie, mais un contre-exemple suffisant à démontrer qu'une proposition est fausse, une théorie scientifique n'est vraie que tant qu'elle résiste à toutes les tentatives de falsification, et à la condition de s'exposer au tentatives de falsification — ou de réfutation. Par extension, une théorie ne peut prétendre à la scientificité que si elle peut être falsifiée — et se présente de manière à pouvoir l'être. Cela explique la nécessité de rendre compte du processus de formalisation.

A la suite de Popper, plusieurs philosophes des sciences ont développé des thèses sur le caractère relatif de la scientificité, notamment au travers des *"programmes scientifiques"* (Lakatos) ou des *"paradigmes"* (Kuhn). Bien que ces deux auteurs aillent dans des directions nettement différentes, on peut en retenir que la scientificité d'une théorie ou d'une proposition est fonction de l'ensemble dans lequel elle s'insère, et qu'il y a "incommensurabilité" des paradigmes. En clair, une théorie doit résister à la falsification au sein du système de pensée dans lequel elle s'insère : *"le propre de la scientificité n'est pas de refléter le réel, mais de le traduire en des théories changeantes et réfutables. En effet, les théories scientifiques mettent en forme, en ordre et en organisation les données vérifiées sur lesquelles elles se fondent et sont par là même des systèmes d'idées, des constructions de l'esprit qui s'appliquent aux données pour leur être adéquates"*[30].

On pourrait dès lors avancer qu'**un des objectifs de cette recherche est précisément de mettre à jour le système de pensée dans lequel les pratiques développées s'inscrivent**, d'autant que, comme nous l'avons signalé, aucun point de repère conceptuel ne nous donne d'indication précise sur ce système, et qu'il s'agit bien de développer des approches inédites.

Mais, puisque l'objet de la recherche se donne à penser sous la forme d'un *système,* il est dès lors aisé de comprendre que l'intérêt de la recherche soit concentré sur les interrelations entre les éléments du système, interrelations constituées d'information. De plus, s'agissant d'un *système de pensée*, –c'est-à-dire doué de conscience et apte à s'auto-réfléchir– il s'agit bien de rendre cette information lisible pour les éléments du système qu'ils constituent.

En tant qu'évaluation, la recherche a pour effet voulu de rendre lisibles les interrelations entre les éléments constitutifs du système pour eux-mêmes, *en vue de les réorganiser*. S'agissant d'un système qui peut s'auto-réfléchir, il est nécessaire de tenir compte de la capacité du système à se réorganiser lui-même. La portée de la recherche, en tant que réorganisation des pratiques, n'a de sens qu'au sein du contexte dans lequel elles s'insèrent. Autrement dit, l'objectif n'est pas d'exporter ses conclusions théoriques et pratiques dans un autre contexte. Mais, d'un autre côté, ce contexte doit être examiné et rendu dans toute sa complexité. La portée de la recherche est donc également de rendre compte de cette complexité à l'extérieur du contexte qui la génère.

Il reste à signaler qu'en tant que recherche-action, toutes les rencontres et tous les débats enrichissent l'ensemble de la réflexion. Ce qui signifie en particulier que les démarches

---

[29] Popper K.M. ; *La logique de la découverte scientifique,* trad. fr., Payot, Paris, 1973
Popper K.M. ; *Conjectures et réfutations, la croissance du savoir scientifique,* trad. fr., Payot, Paris, 1985 (réed.)
[30] Morin E. ; *Science avec conscience*, Fayard, Paris, 1982, p. 35

entreprises dans le contexte d'une MASS ont également une influence sur les démarches entreprises dans le contexte de l'autre MASS. Or, l'étude comparative a explicitement été écartée du cahier de charges de cette recherche. Certaines thématiques seront présentées ci-dessous dans le contexte d'une MASS particulière, sans qu'il en soit fait mention dans le cadre de l'autre MASS. Il est toutefois possible que la thématique visée y ait été abordée de manière secondaire, dans le cadre d'une discussion portant sur d'autres sujets. Il a donc pu arriver que de telles digressions aient influencé les démarches entreprises dans les deux MASS concernées. De même que les rencontres avec les autres équipes de recherche ont influencé notre compréhension de l'expérience MASS dans sa globalité. Cela fait partie de la démarche, et il y a lieu d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats présentés ici.

Par ailleurs, des contacts entre MASS ont également lieu assez régulièrement, – notamment lors de réunions dites "Inter-MASS"– où les différentes MASS ont l'occasion d'échanger des informations et des expériences. Il n'y a donc pas de conditions d'indépendance complète entre "échantillons de l'expérience".

4. Démarches entreprises pendant la recherche

- Volet Etude Pilote et de Faisabilité (présentation de la recherche aux MASS, mise en place d'un partenariat, inventaire des données disponibles, inventaire des questions de recherche, hypothèses de recherche, choix méthodologiques, définition des démarches de recherche) ; délimitation des Zones d'Influence Géographique (ZIG) des MASS (collecte de données de géographie humaine, socio-démographiques, socio-économiques, utilisation de moyens cartographiques) ; collecte de données épidémiologiques ; rencontres avec des personnes-ressource ; collecte d'autres recherches connexes ; Constitution d'échantillons de patients pour chaque MASS ; organisation de *Focus Groups* (avec *Modus Vivendi*) ; inventaire de l'offre d'assistance ; intervision institutionnelle ; préparation à la construction d'un module clinique pour les MASS francophones (avec l'ULg) ;

Au cours du processus de *recherche-action*, un certain nombre de démarches de recherche ont été entreprises. Celles-ci sont amplement décrites dans le rapport global. A titre de rappel, et afin de faciliter la compréhension de ce rapport local, nous les récapitulons ici.

- Volet Etude Pilote et de Faisabilité : les trois premiers mois de la recherche étaient consacrés à une étude de faisabilité de celle-ci. Essentiellement, ce temps a été utilisé pour présenter la recherche aux équipes des MASS et mettre en place les conditions d'un partenariat dans ce cadre, faire l'inventaire des données disponibles dans les différents domaines visés par le "cahier de charges" de la recherche, faire l'inventaire des questions et préoccupations des équipes des MASS, formuler des hypothèses de recherche, faire les choix méthodologiques adéquats, et définir les démarches de recherche à entreprendre ;
- Délimitation des Zones d'Influence Géographique (ZIG) des MASS : cette tâche a été réalisée par l'utilisation de l'enregistrement des communes d'origine des patients des MASS, par la collecte de données de géographie humaine (Zones d'Influence des Villes et typologies de communes), de données socio-démographiques, de données socio-économiques, et par l'utilisation de moyens cartographiques — résultats présentés aux équipes des MASS pendant la recherche et collecte de leurs interprétations ;
- Collecte de données épidémiologiques en matière d'assuétudes : au travers des enregistrements continus de données à l'échelon local (*"Enquête-Sentinelles"*) et régional / communautaire (données du CCAD), au travers des enregistrements des interpellations par

les forces de l'ordre, et par plusieurs systèmes de collectes de données dites "indirectes" sur les assuétudes (données RCM et RPM, données des Centres de Santé Mentale, données du réseau de médecins généralistes ALTO…) — résultats présentés aux équipes des MASS pendant la recherche et collecte de leurs interprétations ;

- Rencontres avec des personnes-ressource en matière d'assuétudes : collecte de leurs impressions et interprétations sur les différents axes du "cahier de charges" de la recherche, ainsi que sur les résultats de démarches entreprises préalablement, collecte des rapports d'activité disponibles dans leurs institutions ;
- Collecte d'autres recherches aux sujets connexes et portant sur les mêmes régions d'investigation ;
- Constitution d'un échantillon aléatoire stratifié d'une trentaine de patients pour chaque MASS : utilisation des données épidémiologiques collectées à leur sujet, examen de leurs dossiers (obtenus après anonymisation), suivi de ces patients dans les processus de prise en charge — résultats présentés aux équipes des MASS pendant la recherche et collecte de leurs interprétations ;
- Organisation de huit *Focus Groups* (deux groupes de patients de *Diapason*, deux groupes de patients de *Parenthèse*, deux groupes d'usagers de drogues non-patients de *Diapason* à Charleroi, un groupe d'usagers de drogues non-patients de *Parenthèse* à Mons, un groupe d'usagers de drogues non-patients de *Parenthèse* à La Louvière) : en collaboration avec l'asbl *Modus Vivendi* pour l'animation des groupes et la retranscription des interviews — résultats présentés aux équipes des MASS pendant la recherche et collecte de leurs interprétations ;
- Réalisation d'un inventaire des institutions constituant l'offre d'assistance dans les régions concernées : sur base des répertoires déjà réalisés dans d'autres recherches ou à l'initiative d'acteurs locaux de terrain, et analyse de cette offre d'assistance résultats présentés aux équipes des MASS pendant la recherche et collecte de leurs interprétations ;
- Démarches dites d'*intervision institutionnelle* : Cette démarche a été centrale dans le processus de recherche. Elle a consisté en des rencontres récurrentes avec les équipes des MASS (rencontres individuelles, en binômes (Mons), en petit groupe, ou avec les équipes complètes), en vue d'aborder les différents angles d'approche de la recherche et ce, par l'utilisation de la méthodologie de *recherche-action* telle que décrite ci-dessus (Cf. Supra). C'est également dans ces rencontres que les résultats des autres démarches ont été présentés. Principalement, les intervisions institutionnelles ont permis d'étudier de manière permanente et évolutive les processus de prise en charge et les processus organisationnels à l'œuvre dans les MASS. En tant que démarche de recherche-action, il s'agissait également d'accompagner les réflexions dans leurs implications concrètes ;
- Démarche préparatoire à la construction d'un module d'enregistrement de données cliniques pour les MASS francophones : démarche réalisée en partenariat avec l'équipe des chercheurs de l'ULg, et avec les MASS de Mons, Charleroi et Liège. Il s'agissait de créer un set d'items communs aux MASS francophones qui pourraient être remplis systématiquement pour chaque patient pris en charge dans ces institutions, avec un objectif *clinique* (description et analyse des types de patients fréquentant les MASS, des démarches entreprises à leur sujet ou avec eux, analyse de l'adéquation des activités et traitements réalisés et des objectifs posés dans la prise en charge de chaque patient). Démarche surtout propice à la formalisation de certaines pratiques et à la confrontation d'idées entre

différentes MASS. Le développement d'un logiciel d'encodage et de traitement de ces données était également envisagé.

II. Implantation des MASS : Zones d'Influence Géographique (ZIG), épidémiologie de la consommation de drogues illicites, nature de l'offre d'assistance

1. Choix des villes d'implantation

- Villes d'implantation des MASS désignées par le gouvernement fédéral : Bruxelles, Charleroi, Liège Anvers, Gand, Ostende, Genk, Namur et Mons, car elles connaissent des problèmes importants de toxicomanie *(PATD).* Nous ne savons pas quelles données ont été utilisées pour étayer cette affirmation.
- En tout état de cause, d'autres critères n'ont pas été utilisés, comme par exemple : l'existence de *"services réguliers de soins"* (transfert des patients), des facilités de transport (accessibilité), des données sociales et économiques ("marginalité"), …
- De plus, volonté de couvrir tout le pays. Cependant, absence de définition de la ZIG des MASS.

Les villes d'implantation des MASS ont été désignées par le gouvernement fédéral. Dans le *PATD,* ce choix est justifié par le fait qu'il s'agit de *"centres urbains qui connaissent un problème important de toxicomanies : Bruxelles, Charleroi, Liège Anvers, Gand, Ostende, Genk, Namur et Mons"*[31]. Nous ne savons pas quelles données ont été utilisées par le gouvernement fédéral pour étayer cette affirmation. D'autant que, comme nous le verrons, la récolte de données en matière d'usage de drogues, notamment de données épidémiologiques, reste une tâche délicate et dont la fiabilité est sujette à caution (Cf. Infra). En tout état de cause, d'autres critères ne semblent pas avoir été retenus pour ce choix, comme par exemple : l'existence de *"services réguliers de soins"* (vers lesquelles il faudrait transférer les patients dès que possible), la présence de facilités en termes de moyens de transport (en vue d'une plus grande accessibilité), l'impact de la situation sociale et économique (en vue de toucher spécifiquement le public "marginalisé"), des éléments de (sous-)culture locale, l'existence de programmes sociaux ou économiques particuliers…

Le choix des villes d'implantation des MASS a donc été fait en fonction de l'existence supposée ou réelle de *"problèmes importants de toxicomanie"*, mais indépendamment de données qui auraient permis d'estimer la pertinence d'un service répondant aux principes particuliers de la notion de MASS (Cf. première partie). Pas plus que de données qui auraient permis de tenir compte de l'existence préalable d'un service répondant déjà à de tels principes.

> <u>*En ce qui concerne Charleroi et Mons*</u> : le choix de Charleroi ne semble pas poser de problèmes. En effet, il s'agit d'un des cinq grands centres urbains du pays et, en tant que pôle urbain multifonctionnel, la ville semble *a priori* à même de recevoir tout type de service, donc en ce compris un service de type MASS. Elle subit par ailleurs une image relativement négative en termes socio-économiques et en termes de problèmes de toxicomanies (représentation qu'il s'agira néanmoins de relativiser, Cf. Infra). Par ailleurs, ce statut de *"grande ville"* et cette image négative ont contribué à

[31] *PATD*, point E, p. 5. Il faut remarquer que la MASS de Bruxelles a été inaugurée en 1999, soit ultérieurement au début de cette recherche. Elle n'est donc pas concernée par cette évaluation. Quant à Namur, les autorités locales ont estimé qu'il n'y avait pas lieu d'y ouvrir un tel centre. La MASS de Namur n'a donc jamais été créée.

doter Charleroi d'un grand nombre de *"services réguliers de soins"* aptes à constituer des réseaux de soins où un service de type MASS peut avoir sa place.

Le choix de Mons, en revanche, ne semble pas aller autant de soi, *a priori*. En effet, il s'agit d'un ville de taille et d'ampleur moyennes, dont l'attractivité en termes de services est moindre. Même si elle se trouve au cœur d'une région subissant également une image relativement négative en termes socio-économiques et en termes de problèmes de toxicomanies, les *"services réguliers de soins"*, notamment si l'on se réfère ainsi à des structures spécialisées dans le domaine des toxicomanies, n'y semblent pas nombreux. Dès lors, l'implantation d'une structure de type MASS peut s'avérer délicate, notamment en termes d'accessibilité du service et en termes de réseaux.

Un autre élément du choix des villes d'implantation des MASS semble avoir été la volonté de couvrir tout le pays. Ainsi est-il précisé dans les *Conv. INAMI* que les MASS font *"partie d'un réseau de centres ambulatoires pour les toxicomanes. Ce réseau est supposé dispenser des soins médico-psycho-sociaux aux toxicomanes dans tout le pays. Le champ d'action géographique de l'établissement ne couvre donc pas seulement les environs de* [la ville d'implantation de la MASS] *mais également d'autres régions proches qui ne disposent pas d'un tel centre. L'établissement se concertera avec les autres centres du réseau à propos des régions relevant de son aire d'activité"*[32]. Par ailleurs, *"l'établissement peut également utiliser les moyens fournis dans le cadre de la présente convention en vue de la création d'antennes régionales dont le fonctionnement est parallèle à celui de l'établissement"*[33].

Les *Conv. INAMI* ne définissent pas clairement ce que couvre le champ d'action géographique de chaque MASS. Comme pour de nombreuses autres notions, les institutions ainsi implantées ont eu à s'adapter à des réalités locales parfois difficilement compatibles avec certaines attentes de la notion de MASS[34]. Une fois encore, nous soulignons que les structures locales ont été développées selon l'interprétation qui a été faite du *Projet MASS* dans chaque contexte particulier. Cela a été d'autant plus aisé que, comme nous l'avons souligné dans la première partie, ce dernier laisse ouvertes de nombreuses possibilités en termes de moyens et d'objectifs.

[32] *Conv. INAMI*, art. 2 § 4

[33] *Conv. INAMI*, art. 11. Cette modalité est utilisée de manière principale à Mons et à Genk. Elle est utilisée de manière secondaire à Charleroi et à Gent.

[34] Comme on le verra, il peut par exemple être difficile d'atteindre un public marginalisé là où un tel public est invisible, comme dans certaines communes semi-urbaines. Il peut aussi être difficile de travailler en réseau là où l'offre d'assistance et de soins est réduite, comme cela vient d'être dit pour la MASS de Mons.

2. Zones d'Influence Géographique (ZIG) des MASS et délimitation des territoires d'enquête épidémiologiques

- Triple objectif de la délimitation des ZIG :
  - Cerner l'espace sur lequel la recherche porte ;
  - Déterminer les zones géographiques couvertes par les MASS (adéquation offre / demande de soins) ;
  - Mesurer les manques à l'échelle nationale.
- *2.1. Méthode* : recensement de l'origine géographique des patients, comparaison au Zones d'Influence des Villes (Van Hecke, 1998), présentation des résultats aux équipes des MASS, interprétation.
- *2.2. Résultats :* deux caractéristiques principales aux communes d'origine des patients des MASS : grande précarité socio-économique et degré d'urbanisation relativement élevé. En ce qui concerne l'urbanité : la visibilité des toxicomanies y est accrue, les services s'y concentrent, les populations marginales également.
- Lorsque les MASS touchent des personnes originaires de communes semi-urbaines, il s'agit de populations aux caractéristiques différentes de celles des centres urbains : ces dernières seraient plus *"marginalisées"* (troubles de la personnalité, déficience des réseaux de support social, précarité des situations socio-économiques, complexité des problématiques, situation d'exclusion vis-à-vis des *"services réguliers de soins"*).Les personnes de communes semi-urbaines se retrouvent dans les antennes régionales (mode de fonctionnement différent des centres).
- Le choix d'une dispersion en antennes régionales correspond aux caractéristiques géographiques de certaines ZIG. Choix adéquat en termes d'accessibilité. Mais public-cible présent surtout dans les structures centrales. Ce qui souligne la nécessité d'une clarification du *Projet MASS*.

Au vu de ce qui a été dit précédemment, la délimitation des Zones d'Influence Géographique des MASS (ZIG) a un triple objectif :

- Cerner l'espace sur lequel la recherche porte, notamment en ce qui concerne les collectes de données socio-démographiques, socio-économiques et épidémiologiques permettant de mesurer les situations locales auxquelles les MASS sont confrontées et sur lesquelles elles doivent avoir un impact. Il s'agit également de connaître le territoire sur lequel il y a lieu de tenir compte de l'existence des *"services réguliers de soins"* en vue du travail en réseau ;
- Déterminer les zones géographiques couvertes par les MASS, autrement dit, mesurer l'adéquation entre les régions nécessitant un centre répondant à la notion de MASS et l'implantation effective de celles-ci ;
- Mesurer les manques à l'échelle nationale, c'est-à-dire, déterminer les régions qui nécessiteraient un centre répondant à la notion de MASS (public-cible, objectifs, etc. Cf. Supra) et qui ne seraient pas couvertes actuellement.

2.1. Méthode

Afin de déterminer les ZIG des MASS, la première tâche a été de recenser l'origine géographique des patients fréquentant ou ayant fréquenté celles-ci[35]. Ces lieux d'origine ont été répertoriés par commune et reportés sur une carte géographique.

Ensuite, nous avons comparé les zones d'origine géographique des patients des MASS aux zones d'attractivité des villes où ces institutions ont été implantées. Les MASS visant une

[35] Il est important de noter que cette donnée n'est pas enregistrée de la même manière d'une MASS à une autre. Selon l'enregistrement utilisé, l'on peut avoir affaire au domicile officiel des patients, ou au lieu de vie réel de ceux-ci. Nous avons essayé d'obtenir ce dernier, notamment par le *feedback* obtenu auprès des équipes des MASS, le domicile officiel n'ayant été utilisé qu'en l'absence de toute autre indication sur le lieu effectif de vie.

population dite *marginalisée*, il peut être difficile de caractériser les comportements d'utilisation de services de cette population comme équivalents aux comportements des populations statistiquement conformes aux normes. Il y a par exemple peu de sens à comparer l'attractivité des MASS à l'attractivité générale d'autres services de soins, étant donné leur public-cible, en principe ne faisant pas, plus, ou insuffisamment appel aux dits services (Cf. Supra). Nous avons toutefois posé l'hypothèse que l'utilisation des fonctions urbaines au sens large, par la patientèle des MASS, correspond à celle de l'ensemble de la population.

Or, afin d'étudier ce phénomène, la géographie humaine utilise le concept consacré de *"Zones d'Influence des Villes"*. Celles-ci ont été récemment actualisées[36]. Elles tiennent compte de l'équipement présent dans les villes, des flux de consommateurs et de diverses fonctions offertes dans les zones urbaines : fonctions de commerce de détail, de services culturels (cinémas, musées...), de services publics (centres d'administration, services judiciaires et policiers, pompiers, services de culte), de services de sports et de loisirs, de services avec fonction de guichet (ONEM, bureaux d'intérim, banques, poste...), de services de soins de santé et d'accompagnement social, d'enseignement et de transports.

La comparaison entre les Zones d'Influence des Villes et les zones d'origine géographique de la patientèle des MASS nous a permis de visualiser divers phénomènes locaux d'ordre socio-démographique et socio-économique, et d'orienter ainsi l'interprétation des données de ce type récoltées par la recherche. Diverses cartes ont ainsi été produites. Les résultats de cette partie d'analyse ont été présentés aux équipes des MASS et nous avons alors recueilli leurs interprétations.

2.2. Résultats[37]

De manière générale, on constate que les communes d'origine des patients des MASS présentent deux caractéristiques principales : une grande précarité socio-économique et un degré d'urbanisation relativement élevé.

> *En ce qui concerne Mons et Charleroi* : Les MASS couvrent de manière satisfaisante les Zones d'Influence des Villes où elles sont implantées, puisque respectivement 94,4% et 94% des patients de ces deux institutions sont originaires de ces Zones. On peut toutefois constater que l'essentiel des patients est recruté sur une base très locale, soit de la ville d'implantation des MASS, soit, des communes d'implantation des antennes de celles-ci. En effet, la situation géographique de ces MASS a poussé les équipes de ces dernières a créer, comme l'autorisent les *Conv. INAMI*, des antennes régionales. A Charleroi, la MASS concentre une grande partie de son activité au centre-ville, mais a participé au développement de deux antennes régionales en collaboration avec des partenaires locaux extérieurs : l'une à Farciennes (périphérie est de Charleroi), l'autre à Chapelle-Lez-Herlaimont (périphérie ouest de Charleroi). A Mons, le degré d'urbanisation étant moins élevé et la population plus dispersée (Cf. cartes en annexe II), le choix s'est porté sur une structure plus largement décentralisée, avec cinq antennes[38] : deux situées dans la commune de Mons (centre-ville et Havré), deux situées dans le Borinage (Quaregnon et Colfontaine), et une située dans la banlieue de La

[36] Van Hecke E.; Actualisation de la hiérarchie urbaine en Belgique, in *Bulletin du Crédit Communal*, n° 205 (1998/3), Bruxelles, pp. 45-76

[37] On se reportera à la sélection de cartes présentées en annexe II pour la visualisation des résultats.

[38] Aujourd'hui, l'antenne de Colfontaine a été supprimée (Cf. Infra)

Louvière (Houdeng-Goegnies)[39]. Parmi les communes faisant partie des Zones d'Influence des Villes considérées, on constate que les communes rurales sont en "déficit" de patients, même lorsque les indicateurs socio-démographiques et socio-économiques laissent transparaître une grande précarité. C'est notamment le cas de communes du Sud-Ouest de la Province de Namur, globalement attirées par le pôle urbain carolorégien, et dont les indicateurs socio-économiques sont assez peu enviables. On constate par ailleurs un déficit de *"services réguliers de soins"* dans cette région également.

Le lien entre problèmes de toxicomanie et précarité socio-économique est certes établi depuis de nombreuses années. Le lien entre problèmes de toxicomanie et urbanisation est peut-être moins évident et appelle de plus amples commentaires.

La ville est le lieu de cristallisation d'un grand nombre de problématiques sociales et psychologiques. En matière de toxicomanies, c'est en ville que le trafic de drogues illicites a le plus de chances de se dérouler sur la voie publique. C'est donc vers elle que converge un grand nombre de consommateurs potentiels. La visibilité du phénomène s'en trouve accrue. C'est aussi en ville que les services des forces de l'ordre ont des structures spécifiques de lutte contre les délits en matière de stupéfiants. En ville également ont été développées l'essentiel des structures d'assistance et de soins spécialisées dans le domaine — le *Projet MASS* ne faisant pas exception à cette règle. Tout cela renforce encore la visibilité des toxicomanies urbaines.

Indépendamment du phénomène spécifique des toxicomanies, la ville est aussi le lieu de vie par excellence des populations marginalisées, soit d'un point de vue économique, soit d'un point de vue psychologique : la ville possède sur un territoire restreint un grand nombre de fonctions accessibles sans nécessité moyens de transport et / ou sans de trop longs déplacements, un certain nombre de lieux d'hébergement (officiels ou clandestins), divers services d'assistance dans tous les domaines, des possibilités de réseaux de soutien social et économique[40]…

Ce qui nous amène à une troisième constatation : même lorsque les MASS touchent des personnes originaires de communes semi-urbaines (petites villes, communes des périphéries urbaines), il s'agit de populations aux caractéristiques sensiblement différentes de celles originaires des centres urbains. Tant les quelques données épidémiologiques utilisables que les données collectées sur base des échantillons de patients, mais surtout les résultats qualitatifs issus des interviews d'intervenants et des *Focus Groups* organisés avec des usagers de drogues des régions investiguées semblent montrer que les personnes originaires des centres urbains et fréquentant les MASS seraient plus *marginalisées* par des troubles de la personnalité, par la déficience de leurs réseaux de support social, par la précarité de leurs situations socio-économiques, par la complexité des problématiques amenées à la MASS ou par leur situation vis-à-vis des *"services réguliers de soins"*.

---

[39] Nous avons donc considéré comme Zone d'Influence des Villes pour la MASS de Mons l'ensemble formé par les Zones d'Influence de Mons et de La Louvière (Cf. Infra pour les questions de fonctionnement interne des MASS).

[40] En ce qui concerne le lien entre pathologies psychiatriques et milieu urbain on peut se référer à :

Corin E. & Lauzon G., Positive Withdrawal and the Quest for Meaning, the Reconstruction of the Experience among Schizophrénics, in *Psychiatry*, 55 (3), 266-278

En ce qui concerne l'amplification de la visibilité des problématiques sociales en milieu urbain, on peut se référer à :

Dubet F. ; *La galère : jeunes en survie*, Fayard, Paris, 1987

Roché S. ; Sociologie politique de l'insécurité, Violences urbaines, inégalités et globalisation, PUF, "Sociologie d'aujourd'hui", Paris, 1998

Toutefois, les personnes originaires de communes semi-urbaines touchées par les MASS se retrouvent essentiellement dans des antennes régionales[41], dont le mode de fonctionnement est sensiblement différent de celui d'un centre[42]. Il y a donc lieu de tenir compte de ces modes de fonctionnement dans l'analyse des populations touchées. Nous y reviendrons abondamment lors de l'analyse du fonctionnement interne des MASS. En outre, le nombre moins important d'autres services d'assistance et de soins dans ces entités semi-urbaines accroît l'attractivité des antennes des MASS pour tout type de population, connaissant des problèmes de toxicomanie ou non, marginalisées ou non[43].

Au niveau de la délimitation des ZIG, il nous importe donc de souligner que le choix d'une dispersion en antennes régionales semble une nécessité imposée par les caractéristiques géographiques de certaines régions d'implantation. Il s'agit d'un choix adéquat vis-à-vis d'un objectif d'accessibilité au plus grand nombre, et cela d'autant plus qu'un public supposé *marginalisé* est sans doute moins mobile[44]. En revanche, les personnes correspondant le mieux aux caractéristiques visées pour le public-cible des MASS se rencontreraient plutôt dans les structures centrales. Ce qui souligne la nécessité d'une clarification du *Projet MASS* en termes d'objectifs et de public-cible.

L'ensemble des données collectées en termes d'origine géographique des patients des MASS, de Zones d'Influence des Villes d'implantation, et de données socio-démographiques et socio-économiques nous ont permis de conclure que les ZIG des MASS correspondent aux Zones d'Influence des Villes où celles-ci sont implantées. Toutefois, au sein de celles-ci, il y a lieu de tenir compte des caractéristiques mentionnées ci-dessus, à savoir la situation socio-économique et le degré d'urbanisation des communes concernées.

> *En ce qui concerne les ZIG des MASS de Charleroi et de Mons* (Cf. annexe III, carte E1) : on peut constater que la ZIG de la MASS de Mons s'étend seulement sur une partie de la Province du Hainaut. La ZIG de la MASS de Charleroi s'étend quant à elle sur une autre partie de la Province du Hainaut, et couvre en outre une partie –ouest– de la Province de Namur ainsi qu'une petite partie –sud– de la Province du Brabant Wallon. Une dernière partie de la Province du Hainaut n'est pas couverte par les ZIG de ces deux MASS (essentiellement le Hainaut Occidental).
>
> En outre, sur base des analyses effectuées, nous avons délimité, à l'intérieur des ZIG ainsi que dans la partie de la Province du Hainaut non-couverte par les MASS (ou zone "hors-ZIG"), 13 entités cohérentes sur le plan de la structure socio-démographique, du degré d'urbanisation et de la situation socio-économique. Ce sont ces 13 entités qui sont utilisées ci-dessous comme base géographique pour l'interprétation des données épidémiologiques et pour les questions liées à l'analyse de l'offre d'assistance et aux possibilités de travail en réseau.

---

[41] Les cinq antennes montoises et les deux antennes carolorégiennes, en l'occurrence.

[42] En l'occurrence, *Diapason*, au centre de Charleroi.

[43] C'est également l'occasion de souligner que les MASS de Charleroi et de Mons, comme d'ailleurs d'autres structures pour toxicomanes ainsi que certains médecins généralistes implantés dans ces régions, reçoivent un nombre non-négligeable de demandes, surtout de traitements de substitution, de personnes en provenance de France. Ces traitements sont en effet d'un accès moins aisé chez nos voisins du sud. Les mécanismes de financement des MASS ne permettent pas, en principe, d'accéder à ces demandes. Ce qui n'amoindrit pas les conséquences liées à l'existence de ce phénomène "touristique", notamment la visibilité accrue des problèmes liés aux toxicomanies dans les villes frontalières.

[44] Encore que l'on puisse s'interroger par ailleurs sur l'accessibilité en termes de fonctionnalités ou de continuité des soins lorsque cette dispersion implique, notamment, une dispersion du personnel et des moyens, ne permettant dès lors l'ouverture des antennes qu'à l'occasion de plages horaires limitées (Cf. Infra)

3. Aspects quantitatifs et qualitatifs du phénomène de la consommation de drogues dans les ZIG retenues et, en particulier, en ce qui concerne les consommateurs à problèmes et les toxicomanes marginalisés

3.1. Recueil de données épidémiologiques, analyse critique

- Aucune donnée épidémiologique n'informe directement sur la réalité de l'existence et de l'importance des phénomènes de consommation de drogues. Elles informent sur la visibilité de ces phénomènes (par exemple, le nombre d'interpellations policières est lié à l'activité des forces de l'ordre, la "victime" et l'auteur du délit étant la même personne ; les données des services de soins ne concernent que ceux qui font une demande de soins, etc.).
- En outre, il existe une multitude de collectes aux méthodes et aux objectifs divers qu'il n'est pas possible d'agréger, à moins de perdre toute fiabilité (Cf. BIRN, OEDT…). En Communauté Française, la collecte a été jusqu'à présent partielle et partiale.
- L'ensemble des données utilisables n'a pu servir qu'à une *meta-analyse* statistique descriptive. Ici, il faudra s'en référer aux méthodes d'investigation qualitatives.

Avant même d'examiner les résultats d'analyses de données recueillies en matière de consommation de drogues et de toxicomanies, il est nécessaire d'évoquer quelques points fondamentaux en ce qui concerne le recueil de ces données et la manière dont elles nous ont été transmises. Par commodité de langage, nous désignons ici par *"épidémiologiques"* toutes les données recueillies concernant la consommation de drogues. Nous pouvons les regrouper en trois catégories : 1) les données recueillies par les forces de l'ordre lors d'interpellations liées à des violations de la loi sur les substances stupéfiantes et / ou psychotropes, 2) les données recueillies par les services d'assistance et /ou de soins en matière de toxicomanies, 3) des données liées à des facteurs indirects des toxicomanies.

Il importe de souligner qu'aucune de ces données n'informe directement sur la réalité de l'existence et de l'importance des phénomènes de consommation de drogues. Elles informent en revanche sur la visibilité de ces phénomènes, visibilité qui est certes fonction d'une certaine réalité, mais qui peut-être très largement influencée par d'autres facteurs.

Ainsi, par exemple, le nombre d'interpellations de personnes pour usage en groupe ou détention de drogues illicites est fortement lié à l'activité des forces de l'ordre. En effet, ces délits sont *"sans victime"*, ou tout au moins dira-t-on que ce sont des délits "à victime consentante" : contrairement au vol, par exemple, –où la victime, lésée, portera plainte le plus souvent–, la consommation de drogues illicites n'est détectable qu'à l'initiative de l'agent verbalisant. Dès lors, cette détection sera très sensiblement différente selon les moyens mis à disposition pour cette tâche, les directives de la hiérarchie ou de la Justice, le contexte socio-culturel où les faits se déroulent[45]. De même, les données recueillies par les services d'assistance ou de soins ne concernent que les personnes faisant appel à ces services. Le *Projet MASS* est lui-même issu de la constatation qu'il existe un nombre non-négligeable de personnes toxicomanes ne faisant pas appel habituellement à de tels services, donc non-visibles par ces derniers.

[45] Comme d'ailleurs l'énonce explicitement la Directive du Collège des Procureurs Généraux relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites du 17 avril 1998.

Indépendamment des phénomènes reflétés par les collectes de données épidémiologiques, il importe également de souligner les méthodes de collecte et de transmission des informations.

En ce qui concerne les données collectées à propos des interpellations policières, celles-ci étaient, jusque récemment, centralisées auprès de deux organismes[46] : le Bureau Central de Renseignements de la Gendarmerie (BCR) et le Service Général d'Appui Policier (SGAP). Les méthodes de collecte et de centralisation des données ne semblent pas porter sur le même ensemble : les données communiquées sont différentes, liées à des instances aux pouvoirs de tutelle différents et des parcours de recueil différents.

En ce qui concerne les données collectées par les services de soins, celles-ci sont en principe centralisées dans chaque Région Linguistique du pays par un Sous-Point Focal du réseau REITOX[47] mis en place en soutien à l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT).

En ce qui concerne la partie francophone du pays, le CCAD organisait, jusqu'en septembre 2000, une collecte de données –très largement inspiré du *Protocole Pompidou*, modèle à vocation de standardisation dans l'Union Européenne depuis 1994– sous forme d'un enregistrement systématique et continu des demandes de traitement effectuées auprès des institutions d'assistance et de soins participant à l'enregistrement. Celui-ci possède toutefois des limitations importantes. Par exemple, seules les institutions volontaires pour la collecte de données participent à celle-ci. La couverture institutionnelle est donc incomplète. En outre, celle-ci est assez déséquilibrée :

Répartition géographique des centres ayant participé à la collecte de données du CCAD en 1998 (données communiquées)

Province	***nbre de centres***
Région bruxelloise	8
Brabant-Wallon	1
Hainaut	5
Prov. Liège	24
Prov. Namur	5
Prov. Luxembourg	2
Total	45

[46] Jusqu'à la mise en place de la nouvelle police fédérale intégrée à deux niveaux en janvier 2001. On peut remarquer au passage que la réforme de ces services n'a pas été considérée comme une priorité. La situation ne semble donc pas avoir fondamentalement évolué pour l'instant.

[47] Réseau Européen d'Information sur les TOXicomanies : depuis 1995, l'*Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies* (OEDT), situé à Lisbonne, organise et soutient la collecte de données épidémiologiques dans l'ensemble des Etats Membres de l'Union Européenne par l'intermédiaire de ce réseau, constitué de Points-Focaux Nationaux (un par Etat Membre). En Belgique, cette tâche incombe à l'*Institut scientifique de Santé Publique* (ISP, ex-IHE). Cependant, étant donné la structure fédérale du pays, l'on a reproduit en Belgique une structure en réseau, nommé *Belgian Information REITOX Network* (BIRN) qui regroupe, outre l'ISP, quatre Sous-Points Focaux, un par Région Linguistique : le *Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen* (VAD) pour la Région Linguistique de langue néerlandaise, le *Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues* (CCAD) pour la Région Linguistique de langue française –jusqu'en septembre 2000, la tâche a été attribuée depuis à l'asbl *Eurotox*–, l'*Arbeitgemeinschaft für Suchtverbeugung und Lebensbewältigung* (ASL) pour la Région Linguistique de langue allemande et la *Concertation Toxicomanie-Bruxelles / Overleg Druggebruik Brussel* pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Comme on peut le voir, la couverture institutionnelle en Province de Liège est très élevée, alors que d'autres parties de la Région Linguistique de langue française –notamment la Province du Hainaut en ce qui concerne les zones d'implantation des MASS– sont peu couvertes.

> *En ce qui concerne les ZIG des MASS de Mons et de Charleroi* : parmi les 5 institutions du Hainaut ayant participé à la collecte de données du CCAD, 3 sont situées dans l'une ou l'autre des ZIG des MASS de Mons ou de Charleroi. On peut y ajouter 1 institution de la province de Namur située dans la ZIG de la MASS de Charleroi, soit 4 institutions au total. Or, lors de l'inventaire de l'offre de soins réalisé au cours de cette recherche, nous avons recensé 41 institutions implantées sur ce même territoire, et pouvant être considérées comme spécialisées en matière de drogues. Les données du CCAD collectées dans notre région d'étude concernent donc moins de 10% des institutions dites spécialisées qui s'y trouvent. En outre, il n'y a pas de définition claire de ce qui caractériserait une institution spécialisée en matière de drogues par rapport à une institution qui ne le serait pas. La couverture institutionnelle est donc non seulement très partielle mais également partiale[48].

L'enregistrement se déroulant sur une base volontaire, rien n'assure la continuité de celui-ci au sein des institutions participantes. En clair, il n'est pas certain qu'une *fiche CCAD* soit systématiquement enregistrée pour chaque demandeur de traitement au sein des institutions participantes. D'autres critiques pourraient encore être formulées à l'encontre du système de collecte de données, qui nous invitent à rappeler l'extrême prudence avec laquelle il faut interpréter celles-ci.

En ce qui concerne spécifiquement la recherche-évaluation des MASS, les données épidémiologiques fournies par le CCAD se sont donc avérées inutilisables. Nous ne pouvons donc qu'insister, au passage, sur l'inefficacité du système global de récolte de données en matière d'usage de drogues et de toxicomanies en Belgique[49].

Enfin, en ce qui concerne les données liées à des facteurs indirects des toxicomanies, un certain nombre d'entre-elles ne nous ont jamais été communiquées malgré des demandes répétées ; d'autres étaient inutilisables. L'ensemble des données recueillies et utilisables n'a donc finalement servi qu'à une *meta-analyse* statistique descriptive, sans pouvoir opérer les traitements statistiques plus poussés qui avaient été envisagés au début de la recherche. Ici encore, il faudra s'en référer aux méthodes d'investigation qualitatives.

---

[48] Toutefois, en région de Charleroi, une part de la faiblesse de la couverture institutionnelle peut s'expliquer par le fait qu'un grand nombre d'institutions participent à un autre recueil de données épidémiologiques, appelé "Enquête-Sentinelles" (l'Enquête-Sentinelles" concerne 12 institutions de la région de Charleroi, Cf. Infra).

[49] Une des questions envisagées dans le cadre de cette recherche concernait l'impact des MASS sur le contexte global de la consommation de drogues. Indépendemment des difficultés à mesurer un tel impact, quel que soit la méthode envisagée, il est assez évident qu'étant donné la situation des récoltes de données épidémiologiques, cette question n'a pas pû être prise en compte dans le cadre d'une approche quantitative. Nous l'évoquerons par ailleurs au travers du compte-rendu de démarches qualitatives.

3.2. Résultats des approches quantitatives

3.2.1. DONNEES RECUEILLIES PAR LES FORCES DE L'ORDRE[50] : Chaque fois que l'on aborde la question de l'usage de drogues illicites en tant qu'acte délictueux, il est bon de rappeler que le nombre absolu de ces faits est très faible par rapport à l'ensemble du nombre de faits de criminalité ayant donné lieu à des interpellations. Cela pourrait éventuellement s'expliquer par une absence d'activité policière en la matière (volontairement ou par manque de moyens). Cela pourrait également s'expliquer par la relative faiblesse du nombre de délits en matière de drogues, malgré les représentations communes qui parlent du *"fléau de la drogue"*. En tenant compte de ce commentaire général, les principaux enseignements que nous avons tiré de l'examen des données recueillies par les forces de l'ordre sont les suivants :

En ce qui concerne les ZIG des MASS de Mons et de Charleroi ainsi que la Province du Hainaut :

- De 1996 à 1999, le nombre de faits d'usage en groupe et / ou de détention de drogues illicites est relativement constant (environ 3000 interpellations par an pour l'ensemble des entités considérées) ;
- De plus, les faits impliquant de l'héroïne concernent moins de 10% des interpellations pour faits d'usage en groupe et / ou de détention de drogues illicites, dans l'ensemble des faits de drogues. On peut pourtant supposer que, parmi les interpellations liées aux drogues illicites, les faits impliquant de l'héroïne sont parmi ceux qui mobilisent le plus l'activité policière ;
- Les interpellations des force de l'ordre portent sur 89% d'hommes et 11% de femmes ;
- Proportionnellement au nombre d'habitants, le nombre d'interpellations est plus élevé dans le Hainaut Occidental que dans les régions urbaines de Mons, La Louvière ou Charleroi ; il semblerait toutefois que le Hainaut Occidental connaisse une part plus importante d'interpellations liées aux autres substances que l'héroïne, alors que celles concernant cette substance sont plus importantes dans les régions urbaines, surtout à Charleroi et à La Louvière ;
- Par ailleurs, les régions urbaines de Mons, La Louvière et Charleroi présentent un indice d'attractivité significatif en matière de visibilité des consommations de drogues illicites, alors qu'à l'inverse, le Hainaut Occidental connaît un nombre d'interpellations de personnes domiciliées dans cette entité supérieur au nombre d'interpellations sur le territoire de l'entité[51] ;
- En ce qui concerne les produits mis en cause dans l'interpellation, la part des faits d'héroïne est en augmentation à l'intérieur des ZIG concernées. Dans le Hainaut Occidental en revanche, ces interpellations sont en nombre constant. Notre hypothèse est que l'attention policière s'est plus spécifiquement orientée vers ces produits, ou plus exactement qu'elle a pu se relâcher en ce qui concerne d'autres produits considérés comme moins importants –tel le cannabis–, surtout dans les régions urbaines considérées. Ce changement ne se constate ni pour le Hainaut Occidental, ni pour les régions rurales concernées ;
- Enfin, en ce qui concerne les âges des personnes interpellées, il y a une nette augmentation des interpellations de mineurs au détriment des classes d'âge supérieur à 27 ans. Notre hypothèse est que l'activité policière est renforcée vis-à-vis des mineurs par souci de pratiquer une politique à connotation préventive plutôt qu'une politique trop connotée de manière répressive.

[50] Une sélection commentée de tableaux, graphiques et cartes est présentée en annexe III.

[51] Par indice d'attractivité, nous entendons la différence entre les interpellations localisées selon le lieu où les faits se sont déroulés et les interpellations localisées selon le domicile des personnes interpellées. En effet, lorsque dans une entité, le nombre de faits commis indépendamment du domicile des interpellés est supérieur au nombre de faits commis par des habitants de l'entité (indépendamment du lieu où les faits se sont produits), on peut constater que cette entité est "attractive" en la matière, puisqu'elle "attire" un public extérieur à celle-ci.

3.2.2. DONNEES RECUEILLIES PAR LES SERVICES D'ASSISTANCE ET DE SOINS : De par l'impossibilité d'utiliser les données fournies par le CCAD, les seules données de cette catégorie utilisables ont été les données de l'*"Enquête-Sentinelles"*[52]. Elles ne concernent donc qu'une partie de la ZIG de la MASS de Charleroi.

En ce qui concerne l'"Enquête-Sentinelles" : Etant donné le caractère local de ces données, l'*"Enquête-Sentinelles"* ne permet pas de cerner les spécificités de la région considérée vis-à-vis du contexte national. Mais elles peuvent en revanche nous fournir des indications sur la population locale d'usagers de drogues faisant appel à des services de soins. Il est important de noter toutefois que la MASS de Charleroi participe à ce recueil de données. Il n'est donc pas possible d'y distinguer des caractéristiques du public-cible des MASS (*marginalité*) au sein d'une population plus large d'usagers de drogues qui serait plus encline à faire appel à des *"services réguliers de soins"*. Si l'on tient compte de ce commentaire général, les principaux apports de l'*"Enquête-Sentinelles"* à la recherche-évaluation des MASS sont les suivants :

- Sur l'ensemble des années de fonctionnement de l'*"Enquête-Sentinelles"*, les demandes de soins d'usagers de drogues concernent 83% d'hommes pour 17% de femmes. En moyenne, sur les cinq années de recueil (1995 à 1999), 36% des demandes émanent d'une classe d'âge entre 21 et 25 ans. Toutefois, *"le vieillissement de la population d'usagers demandeurs d'aide s'inscrit nettement à travers les 5 années du recueil de manière lente et progressive* […] *La classe d'âge modale (celle dont les effectifs sont les plus élevés) est celle des 21 à 25 ans jusqu'en 1998 pour devenir celle des 26 à 30 ans en 1999"*[53] ;
- Parmi les demandeurs, environ 90% sont au moins des consommateurs d'héroïne, cette proportion est relativement constante sur les 5 années ;
- En ce qui concerne les caractéristiques socio-économiques de la population considérée : les enquêteurs constatent un très faible niveau de scolarisation. Le dernier diplôme obtenu est soit de niveau secondaire professionnel, soit de niveau primaire. Par ailleurs, 17% des demandeurs n'avaient aucun revenu légal en 1999[54], et 67% avaient des revenus de remplacement (chômage, CPAS…). Ainsi, seuls 16% des demandeurs bénéficiaient de revenus liés à une activité professionnelle ;
- En ce qui concerne les antécédents, près de la moitié des demandeurs de 1999 avaient déjà connu une incarcération. Par ailleurs, la proportion de personnes n'ayant jamais effectué une demande d'aide auparavant passe de 27% en 1995 à 17% en 1999.

Ces données relevées parmi d'autres appellent quelques commentaires :

- L'âge des demandeurs de soins, comparé à l'âge des personnes interpellées par les forces de l'ordre (Cf. Supra), montre des évolutions diamétralement opposées : vieillissement des demandeurs de soins et rajeunissement des personnes interpellées par les forces de l'ordre. Un grand nombre d'hypothèses pourraient expliquer ces occurrences statistiques, et il n'est pas possible de les évoquer toutes. Mais on peut en tout état de cause souligner que cette divergence ne peut s'expliquer par une "simple" évolution de la population réelle d'usagers de drogues. Un autre facteur, au moins, est intervenu. Par ailleurs, sur base de ces données, il est possible d'avancer que, dans son parcours, l'usager de drogues rencontrera probablement les forces de l'ordre avant de rencontrer le secteur de l'assistance et des soins. Cette hypothèse est renforcée par le nombre élevé de demandeurs de soins ayant ou ayant eu des antécédents judiciaires. Il s'agit d'une constatation fondamentale en termes d'évaluation globale, dans la mesure où elle est relativement contradictoire avec les orientations voulues par le législateur : " […] *on est de plus*

[52] I. Goelens & al. ; *Enquête-Sentinelles, recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi, analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999*, Ville de Charleroi – Coodination Drogue, octobre 2000

[53] *Ibid.*, p. 25.

[54] Cette donnée ne concerne que l'année 1999, dans la mesure où cet item était absent des versions antérieures du questionnaire.

en plus conscient que l'approche répressive doit être l'ultime remède pour traiter les cas individuels de toxicomanie problématique"[55].

- 90% des demandeurs de soins enregistrés sont des consommateurs d'héroïne. Or, nous avons vu que moins de 10% des interpellations policières concernent des faits impliquant de l'héroïne. Cette constatation pose la question de l'adaptation de ces deux types de service quant aux populations qu'elles visent et qu'elles atteignent effectivement. D'une part, on peut s'interroger quant à la place potentielle et réelle des services d'assistance et de soins vis-à-vis de consommateurs d'autres substances. La question est pertinente pour l'ensemble du secteur des soins, elle est également pertinente pour les MASS en particulier. Nous y reviendrons plus tard (Cf. Infra). D'autre part, on peut également s'interroger sur les rôles respectifs des forces de l'ordre et du secteur de l'aide et des soins quant aux consommateurs de diverses substances, si les personnes interpellées par les premiers ne se retrouvent pas ensuite en contact avec les seconds : soit ces personnes connaissent des problèmes qui sont rendus visibles par le contact avec les forces de l'ordre, mais ces problèmes ne seraient pas reçus par le secteur des soins –question de l'adaptation entre l'offre et la demande de soins–, soit ces personnes ne connaissent pas de problèmes en dehors de ceux liés au contact avec les forces de l'ordre ; c'est alors le rôle de celles-ci qui pose question.
- En ce qui concerne plus particulièrement les *"toxicomanes marginalisés"* : nous avons vu au cours de la première partie que le *Projet MASS* ne définit pas clairement ce qu'il entend par *"toxicomanes marginalisés"*. Mais nous savons que cette notion implique, au minimum, une insuffisance des contacts de ces personnes avec les services de soins. L'*"Enquête-Sentinelles"* ne peut nous apporter aucune précision à ce sujet, puisqu'elle concerne des demandeurs de soins, c'est-à-dire des usagers de drogues *non-marginalisés* au sens minimaliste du *Projet MASS*[56]. Toutefois, si cette notion de marginalité implique un contexte socio-économique précaire et / ou une problématique lourde du point de vue des antécédents, nous pouvons constater que la majorité des demandeurs de soins, essentiellement auprès de *"services réguliers de soins"*, peut être considérée comme marginalisée. En effet, la plupart des demandeurs de soins : ont un niveau de scolarisation faible, bénéficient de revenus de remplacement, voire d'aucun revenu légal, ont ou ont eu des démêlés relativement importants avec la police et la Justice au point d'avoir déjà connu une incarcération et ont déjà eu des contacts avec les services de soins, ce qui témoigne d'une problématique à plus long terme. La question est donc ouverte de ce qui caractérise la "marginalité" du public visé pour les MASS.

3.2.3. DONNÉES LIÉES À DES FACTEURS INDIRECTS DES TOXICOMANIES : Les données demandées par notre équipe de recherche visant des facteurs indirects des toxicomanies concernaient :

- Les taux de mortalité liés à la consommation de drogues –collectés par les sous-points focaux du *BIRN* (Cf. Supra)– ;
- Les condamnations "coulées en force de chose jugée" pour infraction à la Loi sur les stupéfiants –enregistrées à l'*Institut National de Criminalité et de Criminalistique* (INCC)– ;
- Les pathologies somatiques associées à des modes de consommation des drogues (HIV, Hépatites) telles que répertoriées en milieu hospitalier –grâce au *Résumé Clinique Minimum* (RCM)– ;

[55] Chambre des Représentants de Belgique, *Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue*, SO 1996-1997, doc. 1062/3, 5 juin 1997, p. 995 ; et *Note politique du Gouvernement Fédéral relative à la problématique de la drogue*, Bruxelles, 19 janvier 2001.

[56] Rappelons encore que, si une telle population existe et que la MASS de Charleroi atteint effectivement son public-cible, alors elle ne peut être caractérisée par l'*"Enquête-Sentinelles"* dans la mesure où cette institution participe à ce recueil.

- Les enregistrements des traitements pour problématique d'assuétudes auprès des institutions du hospitalières psychiatriques –grâce au *Résumé Psychiatrique Minimum* (RPM)– ;
- Les enregistrements des traitements pour problématique d'assuétudes auprès des Centres de Santé Mentale –grâce à l'enregistrement *Psyfile* en Communauté française– ;
- Les enregistrements des traitements pour problématique d'assuétudes auprès de médecins généralistes, notamment ceux qui participent explicitement à la prise en charge de personnes toxicomanes –par l'intermédiaire de réseaux comme ALTO– ;
- Les ventes de méthadone et d'autres médicaments psychotropes, telles que répertoriées par l'Inspection des Pharmacies.

Un grand nombre de ces données ne nous sont pas parvenues, ou n'étaient pas utilisables. Le CCAD, en ce qui concerne les taux de mortalité, n'a pas été en mesure de nous renseigner. Les données RPM sont actuellement indisponibles pour des motifs juridiques[57]. Les données du réseau ALTO et les données de l'Inspection des Pharmacies se présentent actuellement sous une forme inutilisable pour les besoins de notre recherche (manque de standardisation, notamment de territorialisation). La demande de données auprès de l'INCC a été effectuée trop tardivement pour que les résultats soient disponibles dans le délai de la recherche. Enfin, les données de *Psyfile* ne nous ont jamais été communiquées.

En ce qui concerne le RCM, le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement a publié en 2000 un rapport sur base de l'enregistrement RCM 1996, qui permet de mesurer un certain nombre de phénomènes sur une base géographique[58]. Les données présentées dans ce rapport nous apportent quelques indications complémentaires, non seulement vis-à-vis de pathologies somatiques fréquemment liées aux consommations de drogues, mais également vis-à-vis des situations de santé en général, révélatrices, au côté des données socio-démographiques et socio-économiques, d'un niveau de bien-être global dans les régions étudiées.

> *En ce qui concerne les ZIG des MASS de Mons et de Charleroi ainsi que la Province du Hainaut :*
>
> - Dans l'ensemble des arrondissements de la province du Hainaut à l'exception de Thuin (Charleroi, Soignies, Mons, Ath et Tournai), le nombre de séjours hospitaliers classiques est significativement supérieur aux attentes[59]. De plus, le nombre de journées d'hospitalisation classique dans les mêmes arrondissements est également significativement supérieur aux attentes. Selon les chercheurs, ce phénomène *"peut être dû à divers facteurs ou à une combinaisons de facteurs, tels que : une population caractérisée par une plus forte morbidité, peut-être en raison de circonstances socio-économiques moins favorables ou d'une médecine préventive moins bien développée ; une "culture de l'admission" selon laquelle le seuil d'admission est relativement peu élevé ; une substitution relativement faible de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour ; un nombre relativement élevé de séjours, mais plutôt de courte durée"*[60]. Le dernier facteur explicatif n'est pas pertinent en ce qui concerne nos arrondissements, puisque le nombre de journées d'hospitalisation est également supérieur aux

[57] L'obligation d'enregistrement du RPM a été suspendue par l'arrêt du Conseil d'Etat n°84880 du 24 janvier 2000, publié au Moniteur Belge le 13 avril 2000.

[58] Bogaert J., Pincé H. & al. ; *RCM 1996 en images, variation géographique de la pathologie dans les hôpitaux belges*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, 2000

[59] La méthodologie statistique utilisée par les chercheurs permet de calculer un *ratio d'admissions standard* (SAR), puis de calculer les écarts significatifs entre le nombre d'admissions réelles et ce ratio. Pour plus de précisions sur la méthodologie, on se référera au document original : Bogaert J., Pincé H. & al., *op. cit.*, pp. 15 et sq.

[60] *Ibid.*, p. 28.

attentes. Pour notre propos, ce phénomène est illustratif des conditions socio-économiques de la région et / ou de la culture institutionnelle en matière de soins, indépendamment du phénomène spécifique de la consommation de drogues.

- Les données en matière de mortalité au cours des séjours hospitaliers classiques nous donnent une information du même ordre. En effet, pour l'ensemble de la Belgique, les arrondissements connaissant des taux de mortalité significativement plus élevés que prévu sont : Charleroi, Soignies, Tournai, Mouscron, Oudenaarde, et surtout Mons et Ath, soit presque l'entièreté de la Province du Hainaut (+ Oudenaarde). Certes, les chercheurs mettent en avant une certaine "culture du décès" pour certains arrondissements (comme Mons), où le nombre de décès en général est de l'ordre de la moyenne nationale, mais où la proportion de décès à l'hôpital est plus élevée. Ce n'est en revanche pas le cas à Charleroi, où la part de décès hospitaliers parmi l'ensemble des décès est de l'ordre de la moyenne nationale, bien que le nombre de décès survenus en séjours hospitaliers classiques soit élevé.

3.2.4. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DES ECHANTILLONS DE PATIENTS DES MASS : Pour chaque MASS, nous avons constitué un échantillon aléatoire stratifié d'une trentaine de patients. Parmi d'autres démarches, nous avons utilisé les données épidémiologiques recueillies à leur propos, afin de les comparer avec les données épidémiologiques générales.

Ces échantillons ont été constitués sur base de trois critères de manière à respecter les proportions de l'ensemble de la patientèle en ce qui concerne : le sexe, l'antenne fréquentée et la présence ou l'absence d'un traitement de substitution à la méthadone — donc la consommation préalable d'opiacés. Nous n'avons pas pu obtenir les données épidémiologiques des patients de la MASS de Charleroi. En effet, celle-ci participe à l'*"Enquête-Sentinelles"* (Cf. Supra). Or, les données collectées dans ce système sont centralisées auprès du Comité d'Ethique du CHU Vincent Van Gogh, qui fait office de Comité de Déontologie du système et assure l'anonymisation des questionnaires récoltés. A partir de ce moment, il n'est plus possible d'identifier un questionnaire en particulier. Nous disposons en revanche des données concernant l'échantillon de patients de la MASS de Mons.

Nous nous retrouvons donc avec, du côté de Charleroi, des données épidémiologiques générales mais sans échantillon de patients, et du côte de Mons, des données concernant un échantillon de patients, mais en l'absence de données épidémiologiques générales fiables. Il ne nous est donc pas possible d'obtenir des indications quant aux spécificités de la patientèle des MASS par rapport à la population générale d'usagers de drogues.

En ce qui concerne l'échantillon de patients de la MASS de Mons :

- Deux tiers des patients de l'échantillon se répartissent également entre les classes d'âge 18-22, 23-27 et 28-32 ans. Trois quarts des patients de l'échantillon sont des hommes ;
- 27 d'entre-eux (sur 30) sont célibataires, et un tiers de l'échantillon vit chez ses parents[61] ;
- Le dernier diplôme obtenu est de niveau primaire pour 7 d'entre-eux, de niveau secondaire inférieur professionnel pour 7 autres patients, et de niveau secondaire supérieur pour 7 autres patients ;
- 11 patients sont chômeurs et 5 bénéficient d'allocations du CPAS. Aucune ressource illégale n'a été enregistrée, bien que le questionnaire autorise cette possibilité ;
- Les modes d'envoi principaux sont le bouche-à-oreille (pour 9 patients), le médecin généraliste (pour 7 patients) et la démarche d'initiative propre pour 7 patients ;
- La moitié des patients n'ont jamais eu d'affaires judiciaires, 9 toutefois connaissent actuellement des problèmes judiciaires ;
- Parmi les 25 patients consommateurs d'opiacés (critère de sélection pour l'échantillon), le mode d'administration principal est la fumette pour 14 d'entre-eux. 19 n'ont jamais pratiqué

[61] Pour 11 patients de l'échantillon, nous n'avons pas d'information recueillie quant à leur mode de vie.

l'injection. Tous sont consommateurs de cannabis. 11 sont également consommateurs irréguliers de cocaïne ;

- 20 patients de l'échantillon ont connu d'autres tentatives de traitement avant de devenir patients de la MASS. Parmi ceux-ci, un seul n'est jamais passé par un service de soins ambulatoire. La moitié ont connu des traitements résidentiels ;
- En ce qui concerne les pathologies infectieuses concernées par le questionnaire, 9 patients sont porteurs d'un virus d'hépatite (B ou C, principalement cette dernière), aucun n'est séropositif en ce qui concerne le SIDA.

Les caractéristiques socio-démographiques de cet échantillon ne présentent aucune particularité remarquable si on les compare à ce que la littérature épidémiologique rapporte en général.

En ce qui concerne les caractéristiques qui pourraient constituer des indicateurs de marginalité, on voit qu'un grand nombre de patients conservent des liens familiaux ou amicaux (ils vivent chez leurs parents, ils sont entrés en contact avec la MASS par le "bouche-à-oreille"), la plupart bénéficient de revenus de remplacement légaux (chômage, CPAS), la plus grande partie d'entre eux ont été ou sont toujours en contact avec des services de soins, la moitié des patients de l'échantillon n'a pas eu affaire à la Justice, leurs modes de consommation de produits ne constituent pas la plus grande prise de risque. Nous pouvons donc en conclure, sans étonnement, que la population d'usagers de drogues fréquentant la MASS de Mons présente des caractéristiques de précarité sociale et économique, comme c'est le cas dans l'ensemble des recueils de données concernant ces personnes, sans toutefois que l'on puisse y percevoir des caractéristiques propres d'un sous-groupe de population exclue et / ou marginalisée.

3.2.5. DONNEES RELEVEES DANS LES RAPPORTS D'ACTIVITE DES MASS : En l'absence de données qui pourraient nous donner des indications significatives quant à la spécificité de la patientèle des MASS par rapport à l'ensemble des usagers de drogues, ou par rapport à l'ensemble des patients fréquentant les services d'assistance et de soins, il nous reste comme source d'information la comparaison entre les données reflétées dans les rapports d'activité des deux MASS investiguées. Les données reprises ci-dessous sont celles qui sont répercutées de manière identique par les deux institutions. Elles sont tirées des rapports d'activité de l'année 2000, concernant les enregistrements de 1999[62].

Diapason (Charleroi)	**Parenthèse (Mons)**
Semaines de rééducation fonctionnelle prestées en 1999 (facturables et non-facturables)	
8509	3527
Nombre de patients en 1999	
628, dont 276 nouveaux patients	215, dont 123 nouveaux patients
Répartition par genre	
78,2% ♂ / 21,8% ♀	81,4% ♂ / 19,6% ♀
Âge moyen : 26 ans	***Classe d'âge modale :*** 25-29 ans
Niveau scolaire modal	
Etudes primaires (62,8%)	Etudes secondaires professionnel (33%), primaires (20%)
Mode de vie	
vit seul : 44% vit en famille ascendante : 18,5% vit en famille fondée : 30% vit chez des amis / en communauté : 4,5% autre : 2%	vit seul : 26% vit en famille ascendante : 31% vit en famille fondée : 31% vit chez des amis / en communauté : 2% autre : 10%

[62] Rappelons que Parenthèse a enregistré ses données en 1999 à l'aide du logiciel *Epitox*, qui est la version informatisée de la *Fiche Commune du CCAD*, tandis que *Diapason* a enregistré ses données en 1999 sur base de l'"*Enquête-Sentinelles*".

Ressources	
professionnelles : 15,5% légales de substitution : 69% autres : 15,5%	professionnelles : 10% légales de substitution : 69% autres : 20%
Antécédents judiciaires	
affaires judiciaires en cours : 38,4% expérience carcérale : 45,3%	affaires judiciaires en cours : 32% expérience carcérale : 30%
Antécédents thérapeutiques : 84,8%	***Antécédents thérapeutiques*** : 76%

Ces données sont trop peu détaillées pour en permettre une interprétation fiable, notamment en ce qui concerne la possibilité de spécifier un sous-groupe de "toxicomanes marginalisés" parmi l'ensemble des usagers de drogues. On retiendra simplement qu'en ce qui concerne la portée minimaliste de la notion de "marginalité", telle que visée par les *Conv. INAMI –"pas, plus ou insuffisamment aidés par les services réguliers de soins"*, Cf. Supra–, une très large majorité des patients fréquentant les deux MASS concernées a des antécédents thérapeutiques. Il semblerait donc que les populations atteintes par ces MASS soient plutôt des personnes "peu ou plus aidées" que des personnes n'ayant pas été en contact avec des services de soins.

3.3. Résultats des approches qualitatives

- Synthèse qualitative basée sur : interviews de personnes-clé du terrain (aide, soins, police…), interviews récurrentes des équipes des MASS, *Focus-Groups* avec des usagers de drogues, examen d'études qualitatives antérieures
  - Régions investiguées perçues comme socio-économiquement défavorisées, ce qui est considéré comme une évidence. Cette situation de fait est tenue pour normale et explique des adaptations à long terme envers une précarité vécue comme une norme ;
  - Différence soulignée entre *"la grande ville"* (Charleroi) et *"la petite ville"* (Mons, communes de banlieue). *"La grande ville"* : déshumanisée, anonyme, on y rencontre des personnes plus "marginalisées", plus "déstructurées", on y prête moins attention au regard des autres. *"La petite ville"* : les gens se connaissent et s'observent, on n'y rencontre pas de personnes "aussi marginalisées", on n'aime pas être vu ou reconnu dans des situations réprouvées par la "morale dominante".
  - A Charleroi, la visibilité de la consommation de drogues est soulignée, de même que la visibilité d'une certaine marginalité ("Grande ville"). Parallèlement, la visibilité d'un secteur d'aide et de soins est également soulignée (organes de concertation effectifs, institutions existantes connues et nombreuses, enregistrement de données à l'échelon local, personnes-clé du secteur qui se connaissent et se rencontrent).
  - A Mons, la visibilité de la consommation de drogues est peu importante ("lieux de deal" méconnus, le regard "des autres" fort ressenti et donc, clandestinité plus poussée), et la "marginalité" est moindre ("Petite ville"). Parallèlement, la visibilité d'un secteur d'aide et de soins est également peu importante (organes de concertation inexistants, inefficaces ou instables, institutions existantes mal connues et insuffisantes, pas d'enregistrement de données à l'échelon local et peu de participation aux recueils de données existants, personnes-clé du secteur qui se connaissent mais peu d'échanges).
- Hypothèse : il existe un lien entre la visibilité du "public toxicomane" et la visibilité du "secteur d'intervention en toxicomanie". De plus, le développement conjugué de la visibilité du "phénomène-drogue" et des échanges au sein du secteur d'intervention a un impact sur la qualité de l'intérêt porté au phénomène. Schématiquement : en l'absence de visibilité du "phénomène-drogue" et d'un secteur d'intervention, les centres d'intérêt des acteurs sont les "problèmes de drogues" dans une vision "épidémiologique". Lorsque cette visibilité s'accroît, les centres d'intérêt des acteurs sont les problèmes des patients dans une vision plus "clinique".

Le contexte géographique, socio-économique et épidémiologique des ZIG des MASS a également été abordé au travers de démarches qualitatives. La synthèse que nous en présentons ci-dessous est basée sur : les interviews de personnes-clé des secteurs d'intervention en matière de drogues (aide, soins, police…) dans les régions concernées, les interviews récurrentes des membres des équipes des MASS, le point de vue des usagers de drogues collecté au travers de *Focus-Groups*, l'examen de diverses études déjà réalisées récemment sur cette thématique[63].

> *En ce qui concerne les ZIG des MASS de Mons et de Charleroi ainsi que la Province du Hainaut* : Les régions investiguées sont perçues par tous comme socio-économiquement défavorisées, ce qui est considéré comme une évidence. Tous les indicateurs collectés confirment cette représentation. Il importe cependant de souligner que cette situation n'est pas particulièrement mise en exergue par les personnes rencontrées : tant à l'époque de plein rendement de ces anciens bassins houillers et industriels qu'à l'heure du déclin et de la reconversion, la majorité de la population a toujours été placée dans des conditions socio-économiques précaires. Dès lors, cette situation de fait est tenue pour normale et permet d'expliquer un certain sentiment de fatalité, ou du moins des adaptations à long terme envers une précarité vécue comme une norme.
>
> En ce qui concerne la structure socio-démographique, une différence est généralement soulignée : celle qui distingue "la grande ville" de "la petite ville". "La grande ville" –en l'occurrence, Charleroi– est un lieu jugé plus déshumanisé, plus anonyme. On y rencontrerait plus facilement des personnes plus "marginalisées" et / ou plus "déstructurées", et on y prêterait moins attention au regard des autres. A l'inverse, "la petite ville" –en l'occurrence, le tissu semi-urbain du Borinage, de la banlieue de Charleroi, ou des villes telles La Louvière ou Tournai– est un lieu où les gens se connaissent et s'observent plus. On n'y rencontre pas de personnes "aussi marginalisées" que dans les "grandes villes", et on n'aime pas être vu ou reconnu dans des situations réprouvées par la "morale dominante" (Cf. Supra).
>
> En ce qui concerne les représentations du "phénomène-drogue" dans les régions considérées, nous avons affaire à deux cas de figure intéressants. Dans la ZIG de la MASS de Charleroi, la visibilité de la consommation de drogues est soulignée, de même que la visibilité d'une certaine marginalité — on pourrait dire, selon les caractéristiques attribuées à "la grande ville". Parallèlement, il apparaît que la visibilité d'un secteur d'aide et de soins apte à travailler en réseau est également soulignée : des organes de concertation existent et ont une activité jugée effective ("Coordination Drogue", "Ateliers Drogue"), les institutions existantes sont estimées connues et assez nombreuses, un enregistrement de données est effectué et géré à l'échelon local (*l'Enquête-Sentinelles*, Cf. Supra), les personnes-clé du secteur se connaissent et échangent des points de vue et des savoirs (notamment par des participations croisées au sein des Conseils d'Administration des diverses institutions). Une dynamique en la matière est donc amorcée, même si l'on peut ressentir les effets d'une certaine concurrence entre services.
>
> En revanche, dans la ZIG de la MASS de Mons, la visibilité de la consommation de drogues est jugée peu importante : les "lieux de deal" sont plutôt méconnus, le regard "des autres" serait assez ressenti et donc, la clandestinité de ces pratiques plus poussée, les usagers de drogues rencontrés seraient en outre "moins marginalisés" — selon les caractéristiques attribuées à "la petite ville" (Cf. Supra). Parallèlement, la visibilité d'un secteur d'aide et de soins apte à travailler en réseau semble également peu importante : les organes de concertation existants sont jugés peu efficaces et / ou pas suffisamment pérennes et stables –changements de personnes, pas de régularité des rencontres ou des thématiques–, les institutions existantes sont généralement méconnues ou mal connues et jugées insuffisantes, il n'y a pas d'enregistrement de données effectué à l'échelon local et très peu

[63] Il convient de citer essentiellement les recherches de Pascale Jamoulle, la première concernant les points de vue des divers intervenants, Cf. Dumoulin P., Giot M.P., Jamoulle P. & Panunzi-Roger N ; *Rapport de recherche : évaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative*, CPAS de Charleroi, ville de Leers, Pacte Interreg I, octobre 1995 ; la seconde concernant les points de vue d'usagers, Cf. Jamoulle P ; *Drogues de rue, récits et styles de vie*, De Boeck Université, coll. "Oxalis", Bruxelles, 2000.

d'institutions de la région participent aux recueils de données existants (Cf. Supra), les personnes-clé du secteur se connaissent mais ne semblent pas être en mesure d'avoir de nombreux échanges.

Sachant l'impact que le développement d'un secteur d'intervention en matière de drogues a sur la visibilité du phénomène (Cf. Supra), il nous paraît opportun de supposer un lien entre la visibilité du "public toxicomane" et la visibilité du "secteur d'intervention en toxicomanie". Aucun élément ne nous permet toutefois de savoir si ce lien est linéaire –le développement d'un secteur amplifie-t-il la visibilité du phénomène[64], ou à l'inverse l'amplification de la visibilité du phénomène stimule-t-elle le développement du secteur d'intervention ?–, ou si ce lien est circulaire — autrement dit, un peu les deux.

En tout état de cause, le développement conjugué de la visibilité du "phénomène-drogue" et des échanges au sein du secteur d'intervention en la matière semble avoir un impact sur la qualité de l'intérêt porté par chacun –en ce compris les usagers de drogues eux-mêmes– à ce phénomène. On pourrait schématiquement le caractériser de la manière suivante : en l'absence d'une grande visibilité du "phénomène-drogue" et d'un secteur d'intervention constitué en la matière, le centre d'intérêt des acteurs semble plus orienté sur les "problèmes de drogues" dans une vision "épidémiologique" — description d'un phénomène socio-sanitaire et préoccupation importante pour les produits et les modes de consommation.

Lorsque cette visibilité s'accroît et qu'un secteur d'intervention se constitue de manière plus formelle, le centre d'intérêt des acteurs semble plus orienté sur les problèmes des patients dans une vision plus "clinique" — description d'un phénomène perçu dans une plus grande complexité de ses aspects socio-sanitaires mais également thérapeutiques, et préoccupation plus importante pour les problématiques de vie[65].

[64] Pour rappel, nous avons souligné lors de l'examen des approches quantitatives l'impact des services collecteurs de données sur la visibilité du phénomène ainsi que sur l'attractivité des villes où ces services sont implantés. Il est important de souligner que l'amplification de la visibilité du "phénomène-drogue" n'est pas l'amplification du phénomène lui-même. En outre, une plus grande visibilité peut jouer dans le sens d'une plus grande stigmatisation, ou à l'inverse dans le sens d'une plus grande dédramatisation du phénomène.

[65] Il va de soi que cette distinction est descriptive et ne peut en aucun cas être considérée comme une typologie suffisamment étayée scientifiquement. Il reste d'ailleurs à en cerner le processus.

4. Analyse de l'offre d'assistance dans les zones retenues et étude des possibilités de coopération fonctionnelle entre services

- Pas d'inventaire complet, exhaustif et à jour des services d'assistance et / ou de soins en matière de toxicomanies.
- Multiplicité de l'offre d'assistance et de soins difficile à cerner : institutions à même de recevoir des "patients" toxicomanes sans que cela constitue une spécialité (ex. médecin généraliste), institutions spécialisées qui évitent les "patients" toxicomanes (ex. certains Hôpitaux Psychiatriques ou Centres de Santé Mentale).
- On est donc forcé de s'en tenir aux représentations des professionnels de terrain. Avantage : reflète la réalité actuelle du secteur. Inconvénients : critères informels, renforcement des attitudes actuelles.
- Dans les régions considérées, on voit apparaître deux modèles d'offre de soins en matière de toxicomanies : les entités plus urbaines connaissent une implantation plus large d'institutions de soins spécialisées en matière de toxicomanie. Ce secteur est reconnu et est alors seul à prendre cette problématique en charge, même s'il ne peut faire face à tous ses aspects, ni que cela soit souhaitable. Les entités moins urbaines ne connaissent pas l'implantation d'institutions de soins spécialisées en matière de toxicomanie. La problématique échoit alors à des institutions de prévention (généraliste) et / ou à des institutions de soins en Santé Mentale. Dans ce cas, il peut exister une demande d'institutions de soins spécialisées en matière de toxicomanies, ce qui ne signifie pas que les institutions présentes sont insuffisantes, ni qu'à l'inverse l'absence d'un secteur spécialisé en la matière soit souhaitable.

L'analyse de l'offre d'assistance, une fois les ZIG délimitées, implique la réalisation d'un inventaire de cette offre. Cette tâche en apparence simple et évidente pose des problèmes de taille. D'un point de vue technique, il n'existe pas à ce jour d'inventaire complet, exhaustif et à jour des services d'assistance et / ou de soins en matière de toxicomanies[66]. Il est de toute façon délicat de délimiter avec précision les services d'assistance et / ou de soins qui devraient être considérés comme spécialisés en matière d'usage de drogues et / ou de toxicomanies de ceux qui ne le sont pas. En effet, il existe une multiplicité de l'offre d'assistance et de soins qu'il est parfois difficile de cerner : d'une part, un certain nombre d'"institutions" sont à même de recevoir des "patients" toxicomanes sans que cela constitue une spécialité de ces services[67] ; d'autre part, d'autres "institutions" proposent des services spécialisés qui pourraient convenir à des "patients" toxicomanes –bien que destinés à d'autres publics-cibles– mais évitent plus ou moins explicitement cette patientèle particulière — c'est semble-t-il assez souvent le cas de certains Hôpitaux Psychiatriques ou Centres de Santé Mentale.

En l'absence de tout inventaire officiel et / ou exhaustif, et en l'absence d'une définition spécifique de ce qui doit être considéré comme "offre d'assistance en matière d'usage de drogues / toxicomanie", l'on est forcé de s'en tenir aux représentations des professionnels de la santé.

---

[66] *"Sur base des documents existants, on dénombre environ 167 centres d'intervention de type curatif et sanitaire : 83 en Wallonie, 30 à Bruxelles et 54 en Flandre* […] *Il est actuellement difficile d'objectiver le relevé quantitatif mais également qualitatif des institutions car ces relevés ne mentionnent pas de données suffisantes en termes de places disponibles, d'importance de l'équipe, ni de la reconnaissance de l'association par des pouvoirs publics en termes de service spécifique. Il n'existe aucun relevé au niveau fédéral des associations existantes, et les centres de coordination régionaux ou communautaires ne sont pas en contact avec toutes les associations"* ; Cf. Raedemaeker A.F., Pelc I. & Steinberg P ; Cultures, savoirs et pratiques des intervenants socio-sanitaires en toxicomanie, in *Gestion des drogues en 2000, Culture et Performances, travaux préparatoires,* Gestion des Drogues en 2000 asbl, Bruxelles, novembre 2000, p. 23 et notes

[67] *"Institutions"* s'entend au sens le plus large. A ce titre, un médecin généraliste en consultation privée est une institution de soins — composée d'une seule personne. Par ailleurs, s'agissant d'institutions non-exclusivement thérapeutiques, le terme de *"patient"* n'est utilisé ici que par commodité de langage.

Cette approche présente l'avantage de refléter la réalité actuelle du secteur. En revanche, elle se base sur des critères informels[68], et tend en outre à renforcer les attitudes actuelles : autrement dit, telle institution qui actuellement refuse de prendre en charge des patients toxicomanes ne sera pas reconnue comme "spécialisée", même si elle dispose de tous les moyens nécessaires à cette prise en charge.

Nous avons donc réalisé un inventaire de l'offre de soins sur base des relevés partiels mentionnés ci-dessus, mais recoupés entre-eux pour en améliorer la fiabilité, et soumis à l'examen des personnes-clé rencontrées ainsi qu'aux membres des équipes des MASS. Cette offre d'assistance a été décrite à l'aide d'un système de classification à double-entrée selon le type d'intervention proposé et la "distance" entre le milieu institutionnel et le milieu de vie du patient[69]. On trouvera cet inventaire en annexe IV[70].

> *En ce qui concerne les ZIG des MASS de Mons et de Charleroi ainsi que la Province du Hainaut* : selon cet inventaire, nous pouvons répertorier 98 institutions de tout type pour l'ensemble des régions concernées. Parmi celles-ci, on trouve des institutions spécialement dédiées à la prise en charge d'usagers de drogues, soit dans le domaine de la prévention, soit dans le domaine de l'assistance et des soins, soit enfin dans le domaine de la concertation. On trouve par ailleurs d'autres institutions dont la vocation est plus générale (Hôpitaux, Centres de Santé Mentale). Du point de vue des intervenants en toxicomanie, les premières sont considérées comme "spécialisées" et les secondes comme "généralistes". Ces appellations peuvent parfois prêter à confusion dans la mesure où, par exemple, des institutions psychiatriques –donc "généralistes" selon les intervenants en toxicomanie– seront considérées comme "spécialisées" au regard d'autres intervenants tels les Hôpitaux Généraux ou les médecins généralistes. Ces derniers en particulier, seront à leur tour considérés comme "spécialisés" dès lors qu'ils intègrent un réseau d'aide aux toxicomanes (ex. Alto, Chrysalide), qu'ils participent à des formations ou simplement, qu'ils ont une réputation de "gros prescripteurs" de méthadone[71]. En tenant compte de ces distinctions ainsi que des zones géographiques, on peut regrouper les 98 institutions répertoriées dans l'inventaire de la manière suivante[72] :

---

[68] Par exemple, il suffit qu'au sein d'une institution, un intervenant ait un intérêt particulier pour les problèmes de consommation de drogues pour que cette institution draine quelques patients de ce type et soit "reconnue" comme "spécialisée".

[69] Pour la méthodologie détaillée de cette classification, on se référera à Casselman J ; Present Procedures and Services in the Treatment of Drug-related Problems with Reference to Evaluation, WHO Consultation Group on Assessing Standards of Care in Drug Abuse Treatment, San José (Costa Rica), Novembre 1988, pp. 3-5.

[70] Les relevés utilisés pour ces régions sont :

Boon H. & Desmecht R ; *Evaluation de l'offre en Province de Hainaut des soins socio-sanitaires en matière d'assuétudes*, CAREDA, septembre 1998

Dumoulin P., Giot M.P., Jamoulle P. & Panunzi-Roger N ; *Op. Cit.*

CCAD ; *Liste des centres, organismes et institutions ayant une action préventive, de recherche et / ou curative dans le domaine des toxicomanies*, 1er trim. 1998

"Ne faisons pas l'autruche face aux toxicomanies", répertoires des institutions compétentes en matière de toxicomanies en Province de Namur, Gouvernement Provincial de Namur

Declerck B ; *Listing des membres des différents ateliers ainsi que des membres de la Coordination élargie*, Coordination Drogue, Ville de Charleroi, liste non-publiée communiquée en date du 25 juin 1999.

De Vleeshouwer D ; *Inventaire des structures spécialisées dans le suivi des usagers de drogues en Province de Namur*, Plate-forme de concertation de la région de Namur, liste non-publiée communiquée en date du 28 janvier 2000

[71] Même si dans ce dernier cas, la connotation est souvent véhiculée avec un préjugé négatif.

[72] L'inventaire ne prend pas en compte les médecins généralistes qui prennent en charge des usagers de drogues en consultation privée, à l'exception de leurs regroupements en association (ex. réseau Alto) visant explicitement le traitement de cette patientèle.

	"**spécialisées**" **en toxicomanie**			"**non-spécialisées**" **en toxicomanie**		**Total**
	prévention	*soins*	*coordination*	*autre spécialité*	*généralistes*	
ZIG Charleroi	12	10	2	17	5	46
ZIG Mons	3	8	2	5	7	25
"**hors-ZIG**"	2	4	2	13	6	27
Total	17	22	6	35	18	98

Alors que les ZIG des deux MASS concernées possèdent des tailles de population relativement équivalentes (Cf. Supra et annexe III : 599 685 habitants pour la ZIG de la MASS de Charleroi, 541 105 habitants pour la ZIG de la MASS de Mons), le nombre d'institutions de la première est presque le double du nombre d'institutions de la seconde. Un examen plus fin de ces chiffres nous permet toutefois de constater que la différence relève particulièrement des institutions travaillant uniquement dans le champ de la prévention, d'une part, et des institutions relevant d'autres spécialités d'autre part[73].

Si l'on s'intéresse aux possibilités de coopération fonctionnelle entre services, il s'agit au minimum de tenir compte des institutions de soins en matière de toxicomanie. Or, à ce niveau, la différence en nombre d'institutions disparaît : l'on en dénombre 10 dans la ZIG de la MASS de Charleroi et 8 dans la ZIG de la MASS de Mons (en ce compris les MASS elles-mêmes). Mais il y a encore lieu de tenir compte de la dispersion géographique de l'implantation de ces institutions. Parmi les 8 institutions de soins pour toxicomanes de la région montoise, trois sont implantées à Mons, trois à La Louvière, une dans le Louviérois et une dans le Borinage. Sachant que Mons et La Louvière constituent des Zones d'Influence séparées (Cf. Supra), cette offre de soins est donc assez morcelée.

En revanche, parmi les 10 institutions de soins pour toxicomanes de la région carolorégienne, 6 sont implantées à Charleroi et 4 dans la "région urbaine de Charleroi" (entité n°1, Cf. annexe III). D'un point de vue géographique, il s'agit donc de 10 institutions à même de collaborer au sein d'un même réseau. Par ailleurs, on peut constater l'absence de telles institutions dans les autres parties de la ZIG de la MASS de Charleroi, plus rurales et moins bien desservies en la matière.

C'est précisément cette absence qui serait compensée, du moins en théorie, par les institutions dédiées (spécifiquement) à l'information et à la prévention ainsi que par les institutions consacrées à d'autres spécialités. Ces deux catégories d'institutions sont effectivement bien plus nombreuses dans la ZIG de la MASS de Charleroi, et plus spécifiquement dans les entités moins bien desservies en institutions de soins spécialisées en matière de toxicomanie.

En conclusion, il semble donc que l'on voie apparaître deux modèles d'offre de soins en matière de toxicomanies dans les ZIG des MASS considérées : d'une part, certaines entités –plus urbaines– connaissent une implantation plus large d'institutions de soins spécialisées en matière de toxicomanie. Lorsque c'est le cas, ce secteur serait alors reconnu pour sa spécialité, au point que les institutions non-spécialisées en toxicomanie auraient tendance à se décharger en grande partie de cette problématique — notamment vers les MASS. Le fait qu'un tel secteur soit présent ne signifie pourtant pas qu'il soit à même de faire face à tous les aspects des toxicomanies, ni qu'il soit souhaitable que les toxicomanies ne soient prises en charge que par un secteur spécialisé en la matière.

D'autre part, d'autres entités –moins urbaines– ne connaissent pas d'implantation d'institutions de soins spécialisées en matière de toxicomanie. Lorsque c'est le cas, la problématique échoit alors à des institutions travaillant dans le domaine de la prévention d'un côté, et à des institutions dédiées à d'autres spécialités d'un autre côté (souvent, des institutions de soins en Santé Mentale). Dans ce cas, il peut exister une demande d'institutions de soins plus spécialisées en matière de toxicomanies de la part des institutions présentes. Le fait qu'une telle demande existe ne signifie pourtant pas que les institutions présentes ne soient pas à même de faire face à la problématique des toxicomanies telle qu'elle se présente dans leur région, ni à l'inverse que l'absence d'un secteur spécialisé en la matière soit souhaitable.

[73] Dans cette catégorie, on retrouve essentiellement des institutions psychiatriques et des Centres de Santé Mentale et de guidance

En tout état de cause, les possibilités de coopération fonctionnelle entre services impliquent une clarification des tâches et rôles de chacune des institutions présentes sur le terrain. Si cela vaut de manière générale pour toutes les institutions ayant à se positionner vis-à-vis des toxicomanies, la question est d'autant plus prégnante pour les MASS puisqu'elles ont à circonscrire leurs tâches en fonction des *"services réguliers de soins"* vers lesquelles elles devraient faciliter l'envoi de patients. Cette clarification est par ailleurs un des objectifs de cette recherche.

III. Evaluation du fonctionnement interne des MASS et de leur capacité à intervenir dans les circuits de soins respectifs

- Etude du fonctionnement interne sur deux axes : l'analyse des processus de prise en charge (ce qui est fait avec et à propos du patient), et l'analyse des processus organisationnels (ce qui est fait avec et à propos de l'équipe et de l'institution).

A la suite de l'examen des sources de détermination des MASS –*Projet MASS*, conditions géographiques, sociales et socio-économiques, situation épidémiologique, situation et nature de l'offre d'assistance–, il apparaît que l'évaluation du fonctionnement interne des MASS devient l'une des tâches primordiales de cette recherche. En effet, nous avons vu qu'aucune de ces sources n'est susceptible, à elle seule, de servir de point de repère pour la clarification des logiques, modèles ou programmes thérapeutiques à l'œuvre au sein des MASS. Dès lors, seule l'étude directe de leurs pratiques peut faire émerger de tels éléments. Par ailleurs, c'est également dans le cadre de cette démarche que s'illustrent le plus clairement les spécificités de la méthodologie de recherche-action.

L'étude du fonctionnement interne implique deux aspects étroitement liés dans les faits, mais qui nécessitent des approches séparées pour la commodité de l'analyse. D'une part, il y a lieu de décrire et d'analyser les processus de prise en charge (ce qui est fait avec et à propos du patient), d'autre part, il y a lieu de décrire et d'analyser les processus organisationnels (ce qui est fait avec et à propos de l'équipe et de l'institution). Dès les premières rencontres avec les équipes des MASS, nous leur avons demandé de nous présenter leurs institutions respectives. Cette entrée en matière a déjà été l'occasion de premières observations, dont nous rendrons compte ci-après (Cf. Infra). Comme on le comprendra aisément, les processus de recherche, identiques au point de départ, ont rapidement évolué de manière très différente pour les deux MASS avec lesquelles nous avons travaillé. C'est la raison pour laquelle nous devrons en rendre compte séparément. Toutefois, il y a lieu tout d'abord de récapituler les questions qui ont orienté la recherche.

1. Questions dans la recherche-action

- Notion de *"bas seuil"* ?, notion de *"marginalité"* ?, organisation de la multidisciplinarité ?, objectifs thérapeutiques (et implications cliniques du travail en circuit de soins) ?, rôle des prescriptions de produits de substitution ?, implications sécuritaires et thérapeutiques ?, recherche d'une définition positive des MASS ?, question de la *"demande"* ?, question de l'institutionnalisation ?, question des objectifs ?, question de la fin de la prise en charge dans une MASS ?

1.1. Questions de départ

Lors du volet *Etude Pilote et de Faisabilité*, nous avions pour tâche de faire l'inventaire des données existantes et des données à créer par la recherche. Au plan qualitatif, les données à créer ont été inventoriées sur base d'une liste de questions générales auxquelles la recherche devait apporter des pistes de réponse.

- La notion de "bas seuil" : la notion de "bas seuil" n'est pas strictement définie, ce qui permet des ré-appropriations diverses (Cf. Supra). Au niveau global, cette souplesse a permis le développement de programmes diversifiés, en fonction des déterminations locales du *Projet MASS*, telles qu'elles ont été examinées dans les chapitres précédents. Au plan local cependant, l'orientation à donner à cette notion doit faire l'objet d'un choix explicite et univoque, au risque d'invalider la pertinence de certaines démarches entreprises et justifiées par cette notion. Comment le "bas seuil" est-il compris par les équipes, comment est-il défini (formellement) ou comment se définit-il (par la pratique) ? Se réfère-t-il, par exemple aux exigences thérapeutiques –le fait de ne pas se donner d'objectifs trop ambitieux, ou impliquant trop de contraintes–, aux critères d'accès –conditions très larges pour l'admission à la prise en charge–, au public-cible –définition souple de ses caractéristiques propres–, à ces divers aspects simultanément ? L'application du "bas seuil" tel qu'il se déroule aux MASS de Mons et de Charleroi correspond-il aux objectifs du *Projet MASS*, aux caractéristiques spécifiques des ZIG où il s'applique, aux conformations particulières des réseaux d'intervention au sein desquels ces institutions s'inscrivent ? ;

- La notion de "marginalité" : la notion de "marginalité" a une portée minimaliste dans le *Projet MASS* –le déficit de contact avec les *"services réguliers de soins"*, Cf. Supra–, bien qu'elle soit comprise intuitivement dans son sens large — marginalité sociale, culturelle, économique, psychologique… A l'instar de la notion précédente, la marginalité visée par les MASS doit être clairement définie pour la cohérence de leurs programmes à l'échelon local. Dès lors, les mêmes questions s'y appliquent : comment la "marginalité" est-elle comprise par les équipes, comment est-elle définie (formellement) ou comment se définit-elle (par la pratique) ? Ainsi définie, correspond-elle aux objectifs du *Projet MASS*, aux caractéristiques spécifiques des ZIG où elle s'applique, aux conformations particulières des réseaux d'intervention au sein desquels les MASS s'inscrivent ? ;

- L'organisation de la multidisciplinarité : la multidisciplinarité invoquée dans le *Projet MASS* (Cf. Supra) implique une souplesse de fonctionnement et des modes de communication élaborés entre les membres des équipes des MASS. Qu'en est-il à *Diapason* et à *Parenthèse* ? Comment se définit et s'organise le travail en équipe ? Quelle est la nature et la qualité des informations échangées ? Quelle est la pertinence des

processus organisationnels –explicites ou implicites– vis-à-vis des déterminations du *Projet MASS* et de ses conditions locales de développement ? Quelle est leur pertinence également vis-à-vis des choix de programme et des processus de prise en charge ? La multidisciplinarité telle qu'organisée dans les MASS concernées s'adapte-t-elle à leurs patientèles respectives, à leurs demandes et leurs besoins?

- Les objectifs thérapeutiques (et les implications cliniques du travail en circuit de soins) : la question des objectifs thérapeutiques concerne la logique générale dans laquelle les MASS sont inscrites, d'une part, et la part de travail qui leur est dévolue au sein de cette logique, d'autre part. L'objectif général de la prise en charge de patients toxicomanes est l'abstinence, selon le *Projet MASS* (Cf. Supra). Il n'est pas admis d'autre finalité au traitement, en dernier ressort. Toutefois, dans le même temps, les MASS ayant à transférer leurs patients dès que possible, l'abstinence ne peut être considérée comme un objectif à atteindre au sein des MASS. Dès lors, comment envisage-t-on à *Parenthèse* et à *Diapason* les possibilités de passage d'un patient vers *"des services réguliers de soins"* et que signifie cette notion ? Comment envisage-t-on et prépare-t-on la fin de la part de prise en charge dévolue aux MASS ? Des critères permettent-ils de situer l'opportunité d'un transfert du patient vers une autre institution et laquelle ?

- Le rôle des prescriptions médicales de produits de substitution : le rôle thérapeutique des produits de substitution a été fixé par la Conférence de Consensus de 1994[74]. Nous avons vu que le *Projet MASS* leur assigne aussi un objectif sécuritaire (Cf. Supra). D'autres facettes de l'utilisation des produits de substitution peuvent encore être mises en lumière : ils participent de l'attractivité des MASS et constituent une sorte de "produit d'appel", qui facilite l'entrée en contact. La dépendance qu'ils engendrent (physiquement et relationnellement) est utile au maintien de ces contacts. Les produits de substitution constituent souvent également une thématique sur laquelle divers intervenants échangent des informations à propos d'un patient : les produits de substitution médiatisent les relations entre intervenants et participent de l'organisation de la multidisciplinarité[75]. Pour certains intervenants, l'évolution des dosages prescrits constitue un indicateur des progrès du traitement ou de la qualité de vie des patients. Est-il légitime et cohérent de faire reposer tant de choses diverses sur ces produits ? On pourrait même dire : est-il possible de traiter efficacement des problèmes de dépendance à des produits lorsque les programmes de traitement semblent eux-mêmes si dépendants de produits ? Par ailleurs, qu'en est-il lorsqu'un tel traitement n'est pas envisageable — vis-à-vis, par exemple, de patients non-consommateurs d'opiacés, de patients mineurs, ou encore de patients ayant moins d'années de consommation que la durée probable du traitement...

- Le sécuritaire et le thérapeutique : les MASS ont une origine sécuritaire. Celles concernées par la recherche-évaluation bénéficient d'une subvention de la part des Contrats

[74] Conseil Supérieur d'Hygiène, Commission des Médicaments ; *Conférence de Consensus, traitement de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement.

[75] La *médiatisation* est entendue ici au sens de l'utilisation de la substance en tant qu'"objet partiel", puis, avec l'approfondissement de la relation thérapeutique, en tant qu'"objet transitionnel", au sens de Winnicott, ce qui devrait permettre de passer de la consommation substitutive de substance à une "consommation de la relation" ; Cf. Laplanche J. & Pontalis J.B. ; *Op. Cit.*, pp. 294-296

de Sécurité. On sait que la polémique a été vive lors de la mise en place de ces Contrats, notamment de par la confusion des rôles et des objectifs qui en résulte. Comment se situent les équipes des MASS dans ce débat, et quels choix sont posés parmi les attentes du *Projet MASS* vis-à-vis de ces domaines ? Quelles en sont les conséquences sur le travail, la patientèle, les relations dans le réseau, la définition des objectifs ? La question se pose également en termes pratiques : quel est le sens et quelles sont les limites de certaines méthodes d'intervention –par exemple, les traitements de substitution ou des méthodes de "réduction des risques" *(harm reduction)*– dans un contexte partiellement sécuritaire ?

1.2. Questions chemin faisant

D'autres questions ont émergé au cours de la recherche, parfois en déployant celles énumérées ci-dessus, d'autres fois parce que la mise en cohérence des propositions énoncées a débouché sur des questions à un autre niveau de discussion — ce qui est le propre des progrès dans une démarche de recherche-action. Nous allons en reprendre ici les principales.

- La recherche d'une définition positive des MASS : un certain nombre d'expressions négatives ont été formulées par les membres des équipes des MASS dans la tentative de cerner la spécificité de ces institutions : *"ne pas être intrusif, ne pas effrayer le patient, ne pas émettre de jugement, ne pas mettre l'institution en avant…"*. Il nous est alors apparu que les MASS dans leur ensemble sont essentiellement définies négativement : il s'agit de suppléer aux services réguliers de soins (*"On doit faire ce que les autres* [institutions de soins généralistes et / ou spécialisées en toxicomanie] *ne font pas"*), .de toucher un public exclu (*"ceux que les autres ne prennent pas"*),… L'expression même de "bas seuil" implique une connotation négative, qui fait dire aux intervenants des MASS qu'"*on est un peu la poubelle pour les toxicomanes non-récupérables"*. Une telle approche est dévalorisante. Comment dès lors définir positivement la spécificité des MASS ?

- La question de la *"demande"* : *"L'objectif est, ainsi, d'augmenter les contacts avec les consommateurs de drogues les moins "demandeurs" des dispositifs actuels d'accueil et de soins. Ceux qui s'y adressent doivent pouvoir y trouver une réponse rapide et efficace à leurs demandes* […] *Les maisons d'accueil socio-sanitaire cherchent, sur le plan médical, à augmenter la qualité de vie des consommateurs de drogues en répondant prioritairement à leurs demandes de soins*[…]"[76]. C'est en ces termes que le *PATD* ébauche l'objectif général des MASS. De manière un peu provocatrice, paraphrasons ce paradoxe : il s'agit de faire en sorte que des personnes "en non-demande" deviennent des personnes "en demande" –au moins le temps de s'adresser aux MASS–, où le travail doit alors consister à remettre ces personnes "en demande", de manière à pouvoir les envoyer vers d'autres services de soins... On peut en déduire que le travail principal des MASS, dans une optique thérapeutique, consiste en un travail de la demande. Cette notion doit donc être également précisée ;

- La question de l'institutionnalisation : Par institutionnalisation, on entend la capacité d'une institution, en tant qu'ensemble, de maintenir ses caractéristiques indépendamment

[76] *PATD*, point E, p. 5, nous soulignons.

des modifications intervenant au niveau des parties qui la composent. Par exemple, une institution devrait pouvoir énoncer des objectifs reconnus par tous les travailleurs qui s'y trouvent, et ces objectifs devraient pouvoir être maintenus, même si l'un ou l'autre des travailleurs venait à quitter l'institution. De même, après un certain temps de recherche et de délibérations, une institution devrait pouvoir fixer des règles qui s'imposent alors aux travailleurs qui s'y trouvent, notamment à ceux qui rejoignent l'institution après une telle délibération. L'institutionnalisation suppose donc également une capacité à faire émerger des règles de fonctionnement et des choix, des prises de position, des discours reconnus par l'ensemble des parties constituant l'institution. Dans le contexte des MASS, l'institutionnalisation apparaît comme un processus indispensable pour la fixation de modèles de prise en charge qui n'ont pas, jusque là, de références théoriques et / ou cliniques.

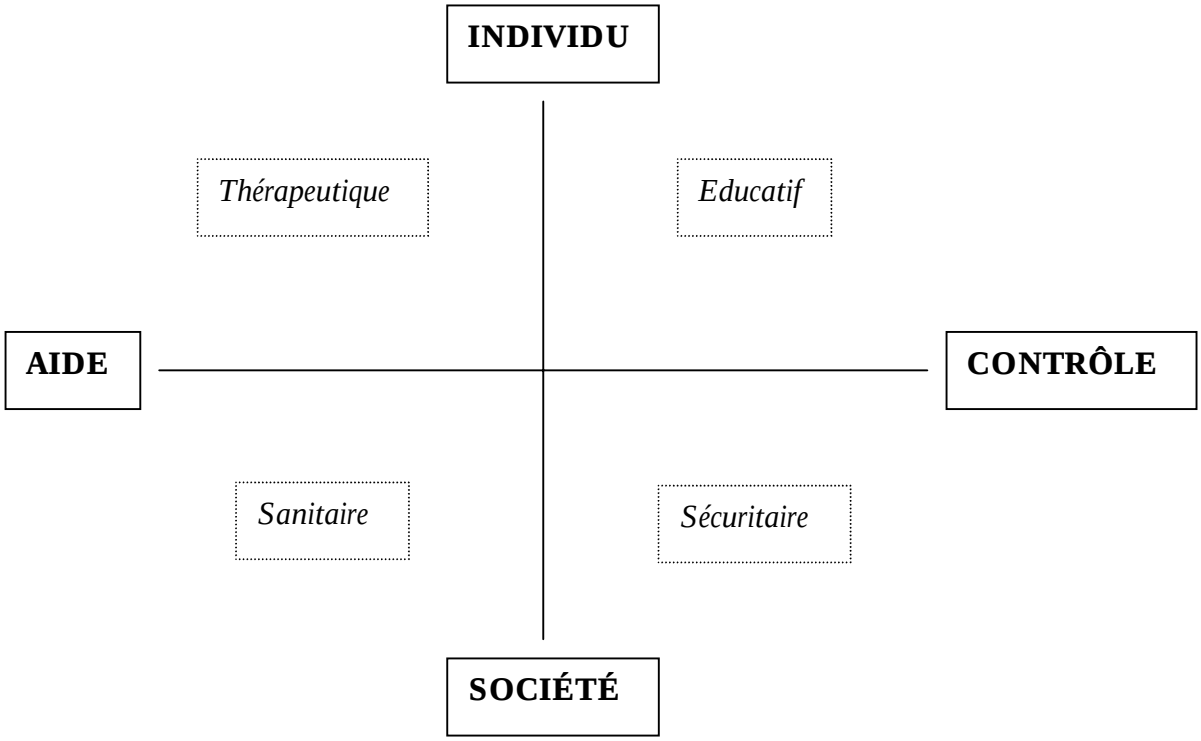
Pourtant, s'agissant d'un équilibre entre un ensemble et les parties qui le composent, l'institutionnalisation peut rapidement devenir contre-productive, ce qui constitue une crainte de la part des équipes des MASS. Du point de vue clinique, l'institutionnalisation est crainte car la fixation et la stabilité qu'elle suppose pourrait se transformer en rigidité et en déshumanisation, ce qui serait contraire à une certaine représentation de la relation thérapeutique, et peut-être contraire à certains aspects de la notion de "bas seuil" : en effet, la trop grande présence d'un cadre institutionnel a souvent été présentée comme un obstacle à la prise de contact entre les "entrants" et la MASS.

Du point de vue organisationnel, l'institutionnalisation des discours et des méthodes est parfois caricaturée comme un obstacle à la nécessaire souplesse des processus se déroulant dans une MASS. Certains intervenants défendent même l'idée que chaque cas présenté à la MASS est spécifique, au point qu'il serait impossible d'en modéliser les traits. Pourtant, l'absence de modélisations et de discours explicites empêche de les remettre explicitement en question. La question de l'institutionnalisation est donc aussi la question de l'équilibre nécessaire au maintien de programmes thérapeutiques suffisamment solides pour répondre à des situations lourdes, et suffisamment souples pour être aisément accessibles ;

- La question des objectifs : Pour rappel, nous avons identifié quatre types d'objectifs que le *Projet MASS* assigne à ces institutions (Cf. Supra) : *"Les maisons d'accueil socio-sanitaire cherchent, sur le plan médical, à augmenter la qualité de vie des consommateurs de drogues en répondant prioritairement à leurs demandes de soins* **[objectif thérapeutique]** *et en diminuant les dommages que l'usage de drogues, en premier lieu de drogues injectables, représente pour la santé publique (Sida, hépatites)* **[objectif sanitaire]** […] *Sur le plan social, les maisons d'accueil socio-sanitaire visent à réinsérer les consommateurs de drogues dans la société et à les réintégrer professionnellement (apurement des dettes, gestion de salaires, logement, couverture sociale, aide à la recherche d'emplois,…)* **[objectif éducatif]**. […] *D'une manière générale, on peut espérer que l'amélioration des conditions sociales et sanitaires de vie des consommateurs de drogues devrait contribuer à diminuer les comportements délinquants de la population toxicomane* **[objectif sécuritaire]**"[77]. Pour une plus grande lisibilité, nous avons proposé de les classifier de la manière suivante[78] :

[77] *PATD*, point E, pp. 5-6.

[78] La typologie croisée présentée à la page suivante n'a en soi aucune valeur scientifique. Il s'agit d'une technique visant à organiser un ensemble complexe à partir de deux critères arbitraires en vue d'en améliorer la lisibilité. Il s'agit donc d'une typologie descriptive qui permet de servir les analyses qui s'en suivent.



On voit ainsi que les MASS doivent trouver des réponses à des problématiques parfois individuelles, parfois sociales. En outre –on pourrait dire tel un bon père de famille–, elles devraient trouver des manières subtiles de combiner aide et contrôle pour arriver à leurs fins. Conceptuellement, une telle collision d'objectifs ouvre des questions. Notamment, une certaine différenciation devrait éventuellement être introduite parmi les patients en ce qui concerne l'étude de leurs parcours, afin, en parallèle, d'admettre une différenciation des objectifs selon ceux-ci.

- La question de la fin de la prise en charge dans une MASS : Le transfèrement des patients *dès que possible* vers les *"services réguliers de soins"* étant spécifiquement mis en exergue dans le *Projet MASS* –le dispositif et les mécanismes de financement étant également conçus pour des prises en charge à durée relativement brève (six mois, renouvelables)–, la question de la fin de la prise en charge dans les MASS se pose à divers niveaux. Du point de vue organisationnel, une trop grande rétention des patients peut provoquer rapidement un engorgement de l'institution et rendre les intervenants moins disponibles pour leurs tâches d'accueil. A l'inverse, un quota non rempli place ces institutions dans une situation financière particulièrement précaire. Du point de vue clinique, le transfert de patients toxicomanes d'un intervenant à un autre est souvent considéré comme d'une grande difficulté, voire même une impossibilité. Ce point de vue très généralisé est justifié par des arguments faisant intervenir la notion de "transfert" –au sens psychanalytique du terme– et certaines représentations de la dépendance. On constate dès lors qu'une contradiction peut voir le jour entre les nécessités institutionnelles des MASS et leurs objectifs cliniques.

III (a). Formalisation à partir des processus de prise en charge à *Diapason*, MASS de Charleroi

1. Prémices

1.1. Premières rencontres à Diapason, MASS de Charleroi

- Cohésion institutionnelle importante (leadership légitime du directeur, formalisme, discours institutionnel fort), équipe en réflexion ou en recherche, ébauches de modèles de prise en charge, institution en liaison avec son secteur d'activité, interrogations formulées à propos des processus organisationnels, situation de tension interne (prétexte à la réflexion), résistance verbalisée. Donc : bonne situation pour la "recherche-action", utilisation des recherches internes (rôle de la *Salle d'Accueil*) comme point de départ.

Les premières rencontres avec *Diapason*, MASS de Charleroi, ont eu lieu avec le directeur médical[79], accompagné à l'occasion de l'un ou l'autre membre de son équipe. Assez rapidement, nous avons vu se constituer un "trio" de référence, formé dudit directeur, du psychologue de l'institution et d'un éducateur — responsable de la *Salle d'Accueil* (Cf. Infra). Nous avons présenté le contexte de la recherche, le cahier de charges, nos attentes et nos méthodes. S'agissant d'une volonté de recherche-action, nous avons proposé aux représentants de *Diapason* cette forme de travail en partenariat.

Pour leur part, les représentants de *Diapason* ont présenté les grandes lignes de leur institution, mais ont surtout insisté sur leurs craintes quant aux véritables enjeux de la recherche, son statut, sa méthode, les implications des pouvoirs organisateurs en tant que commanditaires de la recherche et / ou en tant que membres du Comité d'Accompagnement de celle-ci. Il a fallu un certain nombre de contacts de ce type avant que nous puissions rencontrer toute l'équipe en réunion plénière, qui, à son tour, a relayé les inquiétudes déjà évoquées. Une rencontre a ensuite eu lieu, à la demande de *Diapason*, avec une représentante des SSTC en tant que commanditaire de la recherche. Le Volet d'Etude Pilote et de Faisabilité –les trois premiers mois de la recherche– ont ainsi été ponctuées de rencontres à un rythme régulier et structuré par les membres de *Diapason* eux-mêmes, qui ont essentiellement servi à nous tester mutuellement. Cette première période s'est conclue par un document écrit et signé, à l'initiative de *Diapason*, actant de la possibilité d'une collaboration et désignant le directeur comme personne de référence pour la recherche.

Ces trois premiers mois de contact, mis à part la nécessité de faire connaissance et l'inventaire des données disponibles et à créer, ont donc constitué une période d'observation où quelques traits spécifiques de cette institution ont été mis en évidence, et qui nous ont permis d'ébaucher une ligne de conduite pour la suite de la recherche :

- La cohésion institutionnelle semblait importante : en effet, le directeur, porte-parole légitime de son institution, était reconnu comme tel par son équipe et le discours de chaque intervenant était cohérent avec l'ensemble, le formalisme important –Procès-Verbaux, dates de rendez-vous, organisation des rencontres, document actant la possibilité

[79] La structure originelle de la MASS distinguait les postes de directeur médical et de directeur administratif. Une réforme a eu lieu par la suite et le directeur médical est également aujourd'hui le directeur administratif. On se référera à l'annexe V pour ce qui est de la structure et de la composition actuelle des équipes.

de travailler en partenariat, rencontre avec les SSTC– traduisait un certain degré d'institutionnalisation, en outre, *Diapason* était en mesure de tenir un discours institutionnel dans la mesure où les craintes, méfiances et résistances étaient verbalisées et partagées ;

- L'équipe de *Diapason* manifestait un certain niveau de réflexion quant à son travail et à son statut : en effet, les interrogations quant aux objectifs et à l'utilisation future de l'évaluation étaient nombreuses, diversifiées et pertinentes ;
- *Diapason* possédait au minimum des ébauches d'un modèle de prise en charge : dans le contexte de sa présentation, *Diapason* soulignait une "préhistoire"[80] et une histoire mouvementée, où les changements de personnes et d'orientation du projet avaient été multiples, ce faisant une réflexion sur le sujet avait déjà eu lieu ;
- *Diapason* n'était pas une institution isolée : outre la participation à des activités de coordination / concertation (*Atelier Drogue, Coordination Drogue, Enquête-Sentinelles*), des ressources humaines extérieures étaient soulignées (par ex., supervision), des contacts avec d'autres institutions étaient visibles, notamment avec d'autres MASS. Enfin, institutionnellement, *Diapason* forme une seule asbl avec *Transition*, une autre structure de soins pour usagers de drogues de Charleroi, et deux antennes régionales ont été mises sur pied avec des partenariats locaux ;
- Les interrogations formulées par *Diapason* concernant le sens de son travail concernaient essentiellement, à cette période, les processus organisationnels : qui fait quoi, avec quels moyens, comment utiliser les lieux, comment gérer le temps de travail, quelle place donner à la recherche-évaluation ;
- Enfin, *Diapason* était en situation de tension interne : suite à des actes de violence qui avaient été commis à cette époque dans l'institution, une certaine émotivité interne était perceptible, des recherches de solutions étaient évoquées et des points de vue différents étaient exprimés.

Nous avons pu en conclure qu'il y avait, à *Diapason*, un intérêt et un matériel intellectuel suffisant pour être partie prenante à la recherche-action, et des éléments de "crise institutionnelle" suffisants pour orienter les premières démarches de la recherche. Les premières rencontres réalisées à la suite du Volet d'Etude Pilote et de Faisabilité nous ont permis de mettre en exergue les liens entre les préoccupations organisationnelles de *Diapason* et les processus de prise en charge, thème central de notre recherche[81]. Peu après, l'équipe de *Diapason* a organisé une journée d'étude interne centrée sur le rôle de la *Salle d'Accueil* (Cf. Infra). Les résultats de cette journée nous ont été présentés pour avis. Cette démarche a constitué le véritable point de départ de l'étude du fonctionnement interne de cette institution.

[80] *Diapason* existait déjà avant son obtention du statut MASS, en tant que service d'assistance aux toxicomanes de la Ville de Charleroi (Contrats de Sécurité), et surtout centré sur l'utilisation de la méthadone.

[81] Egalement, dans notre inventaire des données existantes au cours du Volet Etude Pilote et de Faisabilité, nous avions eu l'occasion de manifester nos compétences informatiques (L. From). Dès lors, des questions techniques nous ont été adressées vis-à-vis de ces outils, et nous avons pu alors montrer la nécessité d'une clarification des processus de prise en charge pour mieux formaliser les récoltes de données et les outils informatiques adéquats pour les traiter. Cette voie sera prolongée par la tentative de construction d'un module d'enregistrement de données cliniques dans les MASS, Cf. Infra.

1.2. Diapason, MASS de Charleroi : descriptif[82]

Diapason est installé au centre de Charleroi. Il s'agit d'un bâtiment structuré sur deux étages (rez-de-chaussée et premier étage). En tant qu'ancien dispensaire, le bâtiment est adapté à des fonctions médicales. La porte est fermée à clé, il est nécessaire de sonner pour qu'un intervenant vienne accueillir l'entrant. Un petit hall d'entrée mène à une vaste salle. Celle-ci est divisée en deux parties par un comptoir.

Une moitié est un espace de séjour pour les patients et est désignée sous le terme de *Salle d'Accueil*. Elle a une double fonction : soit en tant que salle d'attente pour les consultations médicales, soit en tant que lieu de vie où, selon les dires des intervenants de *Diapason*, *"les toxicomanes peuvent se déposer"*. Divers biens consommables et services y sont accessibles : du café, des céréales, de la soupe, des fauteuils et des divans, l'usage du téléphone… Des journaux traînent sur les tables, un accès mène au sous-sol où sont aménagées des douches et où l'on dispose d'une machine à laver. L'ensemble est accessible aux patients sans aucune exigence, mis à part un respect minimal des lieux, des personnes et de la vie en collectivité.

L'autre moitié de la salle est utilisée par l'équipe sociale –éducateurs et AS–, qui a la charge, en même temps, de la gestion de la *Salle d'Accueil* et des entretiens sociaux. A l'arrière de l'espace réservé à l'équipe sociale, on trouve un ou deux bureaux pour des entretiens particuliers, et un petit espace "cuisine", lieu de détente pour l'équipe. Autour de la *Salle d'Accueil*, sont disposés les cabinets médicaux.

A l'étage, on trouve le personnel administratif, le bureau du directeur, le bureau du psychologue, et une salle de réunion. Il arrive que des patients se retrouvent à l'étage, soit pour les entretiens avec le psychologue, soit pour des affaires concernant le directeur, soit lorsque le directeur consulte dans son rôle de médecin. Une petite salle d'attente se trouve devant le secrétariat, et un balcon intérieur donnant sur la *Salle d'Accueil* relie le rez-de-chaussée et le premier étage, laissant entendre l'animation de ladite *Salle*.

Diapason a été créé en février 1994. Il s'agissait alors d'une Antenne Médicale de la Ville de Charleroi, financée grâce aux Contrats de Sécurité. Selon ce que nous rapportent les représentants de l'institution, c'était une sorte de maison médicale centrée sur la délivrance de méthadone. Les aspects sociaux et psychologiques y étaient peu pris en charge, en dehors des inévitables régularisations des affaires administratives des patients. Les médecins y travaillaient essentiellement sur le mode de la pratique libérale ; il y avait donc peu d'échanges en équipe quant à leurs pratiques et expériences respectives, encore moins de prises en charge multidisciplinaires.

Diapason est reconnue comme MASS à partir d'avril 1997. Les changements d'orientation du projet provoquent de grands remaniements au sein de l'équipe. Lors de nos premiers contacts (avril 1999), selon le directeur, l'*"équipe vient juste de se stabiliser"*. A partir de ce moment, les activités sont recentrées sur la *Salle d'Accueil*, désignée comme un lieu propice, pour les patients, à la formulation de demandes de tous ordres (Cf. Infra). Cela

[82] La brève description qui suit n'a d'autre objectif que de "planter le décor" afin de rendre compréhensible les analyses qui vont suivre. Elle correspond à la situation telle que nous l'avons perçue au moment des premiers contacts. En tant que résultat attendu d'une recherche-action, un certain nombre d'éléments du descriptif ont connu une modification, parfois profonde, au cours du déroulement de la recherche. Celles qui ont un sens pour la mesure de l'évolution de l'institution seront mentionnés dans les paragraphes ultérieurs.

multiplie les occasions de développement d'un travail relationnel en vue de la mise en place d'un processus thérapeutique avec le demandeur. La méthadone n'est plus distribuée sur place mais fait l'objet d'un travail en partenariat avec les officines de pharmacie.

Enfin, institutionnellement, *Diapason* forme une seule asbl avec *Transition* –institution de séjours courts pour usagers de drogues–, et co-gère deux antennes, à Farciennes et à Chapelle-Lez-Herlaimont, sur base de partenariats locaux.

1.3. L'outil de travail : la "grille"

- Ebauche de modélisation des processus de prise en charge à *Diapason* à l'aide d'une grille.
- Trois positionnements-clés : 1) patients peu enclins à avoir une demande ou avec une demande très circonscrite = ***position d'accueil*** *à la MASS* ; 2) patients ayant une certaine habitude du contact avec l'institution mais non disposés à suivre une prise en charge complète = ***position d'élaboration*** *de la capacité à la relation thérapeutique* ; 3) patients se situant dans un rapport aux intervenants plus élaboré avec un objectif clair de changement vis-à-vis de ses problématiques = ***position d'accompagnement*** *de la relation thérapeutique vers un circuit de soins***.**
- Notion de *"position"* : vise la relation intervenant / "patient" (notion fondamentale car permet d'évaluer le patient et l'intervenant dans ce qu'il vise comme finalité à une intervention précise), se distingue des notions de *"stade"* ou de *"phase"* (trop linéaires), possibilité de positions de relation différentes simultanément.

La journée d'étude interne organisée par *Diapason* (Cf. Supra) était centrée sur le rôle de la *Salle d'Accueil*. D'un côté, ce rôle était ressenti comme important par les membres de l'équipe, et était même porté avec vigueur par certains d'entre-eux. D'un autre côté, et dans le même temps, le maintien de cette *Salle d'Accueil* était contesté par d'autres membres de l'équipe. Cette contestation semble avoir eu pour source deux éléments : d'une part, les difficultés engendrées par un lieu de vie communautaire, notamment en termes d'agressivité ou de violence de la part des patients, de non-respect des règles de vie dans une collectivité –propres à l'institution–, et d'un sentiment d'insécurité ; d'autre part, la difficulté d'intégrer la place de cette *Salle d'Accueil* dans des processus de prise en charge assez différents des processus "classiques", tels qu'on les retrouve dans les *"services réguliers de soins"*, et qui constituent de ce fait une référence théorique et pratique.

Au travers des comptes-rendus de cette journée d'étude, il nous apparaissait que certains termes étaient utilisés de manière confuse ou équivoque, certains intervenants se référant aux mêmes notions en y comprenant des aspects différents : par exemple la *Salle d'Accueil* était tour à tour comprise comme salle de séjour, salle d'attente ou sas d'entrée. L'accueil lui-même était parfois limité au premier contact, parfois compris comme tout un travail à moyen terme se réalisant essentiellement dans la *Salle d'Accueil*. Dès lors, en *feedback*, nous avons proposé aux représentants de *Diapason* une ébauche de modélisation à l'aide d'un outil permettant la description des processus de prise en charge, outil que nous avons appelé **grille de lecture des processus de prise en charge.**

Nous pouvions distinguer trois "types" de situations décrites, que nous avons assez rapidement compris comme trois *positionnements-clés* des relations thérapeutiques à *Diapason*. Un premier type concernait des "patients"[83] qui en sont à leurs premiers contacts, qui sont peu enclins à avoir une demande claire à formuler (ex. *"c'est pas pour moi, j'accompagne mon copain"*), ou au contraire qui arrivent avec une demande très circonscrite (*"je veux de la métha"*). Il ressortait des réflexions de l'équipe que, dans ce cas, il y avait surtout lieu d'être *"accueillant, chaleureux"*, et qu'il fallait *"maintenir le contact"*. Nous avons proposé de désigner les rapports de ce type entre intervenants et "patients" sous le nom de ***position d'accueil*** *à la MASS*[84].

Un deuxième type de situations concernait des "patients" ayant une certaine habitude du contact avec l'institution et les personnes y travaillant, qui peuvent relater et discuter d'aspects plus "intimes" de leur vécu, tout en étant pas disposés à suivre une prise en charge complète de leur problématique. Nous avons proposé de désigner les rapports de ce type entre intervenants et "patients" sous le nom de ***position d'élaboration*** *de la capacité à la relation thérapeutique*.

Enfin, un troisième type de situations concernait des patients se situant dans un rapport aux intervenants plus élaboré, prenant en charge de manière plus classique l'ensemble de la problématique du patient, avec un objectif clair de changement vis-à-vis de cette problématique. Comme la *Conv. INAMI* impose que de tels patients doivent être référés aux *"services réguliers de soins"*, nous avons proposé de désigner les rapports de ce type entre intervenants et patients sous le nom de ***position d'accompagnement*** *de la relation thérapeutique vers un circuit de soins***.**

La notion de *"position"* implique certaines caractéristiques particulières fondamentales[85] :

- la notion de *"position"* vise la relation intervenant / "patient" : en d'autres termes, ce n'est pas l'intervenant qui place le patient dans l'une ou l'autre position selon son avis clinique, ni le patient qui se positionne lui-même selon ses dires et ses actions. Le positionnement est le résultat de l'interaction entre le patient et les intervenants. Ainsi, la compréhension de cette notion de position est fondamentale, dans la mesure où il ne s'agit pas seulement d'un outil permettant d'évaluer le patient dans son parcours, mais également d'évaluer

[83] Nous utiliserons parfois le terme de *patient* avec des guillemets — comme c'est le cas ici. En effet, le travail des MASS consistant à inciter l'entrée d'individus dans des programmes thérapeutiques, on peut considérer que ces personnes ne deviennent des patients qu'au cours du processus mis en œuvre dans la MASS. Par commodité de langage, nous désignons donc déjà comme patients des personnes qui ne le deviendront que plus tard, peut être.

[84] Le propre d'une recherche-action étant d'être évolutive, nous n'avons pas élaboré en une seule fois les concepts et les outils dont nous rendons compte dans ce rapport. Généralement, nous utiliserons la terminologie et les concepts tels qu'ils ont été définis à la fin de la recherche. Nous ne donnerons des détails sur l'évolution de la démarche que lorsque les changements introduits ont été révélateurs d'éléments d'évolution du travail lui-même.

[85] La notion de position s'inspire directement des travaux psychanalytiques de Mélanie Klein, qui l'introduit pour décrire un type de fonctionnement psychique pouvant se produire quelque soit le stade évolutif où l'on se situe, même si les premières expériences de ces positions, d'un point de vue développemental, sont plus précoces. La description des processus de prise en charge avec la description de positionnements-clé dans un continuum s'inspire, quant à elle, de la méthode de l'idéal-type de Max Weber.

Segal H. ; *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, PUF, "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1969

Laplanche J. & Pontalis J.B. ; *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1978, pp. 316-319

l'intervenant dans ce qu'il vise comme finalité à une intervention précise et l'adéquation de ses interventions dans le parcours –non-linéaire– du "patient" ;

- la notion de *"position"* se distingue de celle de *"stade"* ou de *"phase"* : bien qu'il y ait un idéal explicite (Cf. *Conv. INAMI*) d'une évolution à partir d'une "non-demande" vers un *"traitement effectif de la toxicomanie"*, le processus réel dans lequel se trouve impliqué un patient n'est jamais linéaire. Cela signifie que ce cheminement idéal n'est pas recherché en tant que résultat dans le parcours des patients, il constitue simplement un point de référence. Dès lors, la relation de certains intervenants à certains patients peut se trouver en *position d'accompagnement* sans être passée par une *position d'accueil* — ce qu'impliqueraient les notions de "phases" ou "stades" (nous allons revenir abondamment sur ces caractéristiques, Cf. Infra). En conséquence, la notion de position de la relation implique aussi que cette dernière puisse être en *position d'accompagnement* dès les premiers contacts et se retrouver plus tard en *position d'accueil*, sans qu'on puisse en inférer un quelconque jugement de progrès ou de régression[86]. La relation à un patient peut également se trouver simultanément dans différentes positions avec différents intervenants, par exemple être en *position d'élaboration de la relation* avec le médecin et en *position d'accueil* vis-à-vis des autres intervenants dans l'institution. Comme nous le verrons plus loin, il est même tout à fait logique et souhaitable que de telles situations se produisent…

En vue de cerner au mieux les caractéristiques propres de chacun de ces *positionnements-type*, nous avons alors élaboré une liste de paramètres — repris des attentes et attendus du *Projet MASS*, cités par les membres de l'équipe de *Diapason* comme significatifs, ayant émergé des réflexions de l'équipe ou proposés par les chercheurs. Ces paramètres, pour la commodité de l'analyse et de la lecture, ont été regroupés dans trois grandes catégories : *"point de vue des intervenants sur le cadre"*, *"point de vue des intervenants sur les intervenants / l'institution"*, et *"point de vue des intervenants sur les patients"* (+ deux paramètres en dehors de ces trois catégories concernant les produits, Cf. Infra). Ayant considéré également le travail que l'équipe de la MASS effectue sur elle-même en réunion d'équipe et le travail qui doit être effectué en "réseau", nous avons finalement abouti à la grille suivante :

[86] Il s'agit ici de commentaires *a priori*, sur la souplesse requise pour une notion de ce type. Nous verrons plus loin qu'une telle situation peut se présenter effectivement dans la pratique.

Grille de lecture des processus de prise en charge à Diapason							
POINT DE VUE DE L'INTERVENANT	**Sur le cadre**		**Position de la relation "patient" / intervenant (la position n'est pas attachée à un lieu)**				
		Paramètres	**ACCUEIL** à Diapason	**ELABORATION** de la capacité à la relation thérapeutique	**ACCOMPAGNE-MENT** de la relation thérapeutique vers un circuit de soins	**Equipe**	**Réseau**
		Définitions des positions					
		Conditions imposées (par les termes de la convention)					
		Conditions liminales (admission, entrée, sortie)					
		Exigences administratives					
		Moyens (matériel, logistique...)					
		Ressources humaines					
		Activités / types d'activités (y compris durée des act.)					
		Lieu					
		Moment					
		Durée de la position					
		Fréquence					
		Fonction direction médicale					
		Fonction direction admin.					

		Equipe administrative					
		Leadership					
		Mission conventionnelle d'accueil telle qu'adaptée par la MASS					
		Mission conventionnelle de réorientation telle qu'adaptée par la MASS					
		Mission conventionnelle de guidance médicale telle qu'adaptée par la MASS					
		Mission conventionnelle de guidance sociale telle qu'adaptée par la MASS					
		Mission conventionnelle de réduction des risques telle qu'adaptée par la MASS					
		Références théoriques, modèles de référence					
		Croyances / idéologies					
		Formations					
		Instruments d'évaluation					

Grille de lecture des processus de prise en charge à Diapason							
POINT DE VUE DE L'INTERVENANT		**Paramètres**	**ACCUEIL** à Diapason	**ELABORATION** de la capacité à la relation thérapeutique	**ACCOMPAGNE-MENT** de la relation thérapeutique vers un circuit de soins	**Equipe**	**Réseau**
	Sur l'inter-ve-nant / l'in-stitu-tion	**Objectifs, finalités, buts de la position**					
		Comportements intervenants					
		Attitudes intervenants					
		Motivation intervenants					
		Limites de la position délimitation de la prise en charge					
		Exigences thérapeutiques					
		Fonction médecins					
		Fonction travailleurs sociaux					
		Fonction psychologue					
		Fonction éducateurs					
		Fonction infirmerie					
		Fonction psychiatre					
		Fonction équipe d'entretien					
		Fonction bénévole					

Grille de lecture des processus de prise en charge à Diapason							
POINT DE VUE DE L'INTERVENANT		**Paramètres**	**ACCUEIL** à Diapason	**ELABORATION** de la capacité à la relation thérapeutique	**ACCOMPAGNE-MENT** de la relation thérapeutique vers un circuit de soins	**Equipe**	**Réseau**
	Sur le pa-tient	**Comportement du patient** par rapport à la prise en charge					
		Attitudes du patient par rapport à la prise en charge					
		Demande patente par rapport à la prise en charge					
		Motivation du patient en terme de besoins, par rapport à la prise en charge (cf. Maslow)					
		Demande latente ou analysée					
	Sur les pro-duits	**Produit,** attitude du patient par rapport au					
		Rôle de la méthadone					

On constatera que la grille met en exergue le "point de vue de l'intervenant", en effet, il serait tout à fait imaginable que le point de vue du patient soit reflété de la même manière. Par ailleurs, la bonne compréhension de cette grille implique quelques commentaires :

- Conditions imposées : il s'agit des conditions imposées par les documents du *Projet MASS*, de manière explicite ou implicite ;
- Conditions liminales : il s'agit de conditions préalables à l'entrée dans une position, tel que posé par l'équipe de *Diapason* ;
- Moment : il s'agit du moment où les activités dédiées à cette position sont accessibles (par exemple, les plages horaires au cours de la semaine dédiées au travail sur cette position) ;
- Durée : il s'agit du temps nécessaire d'inscription dans cette position pour le bon déroulement de la prise en charge, tel qu'estimé ou souhaité par les intervenants ;
- Fréquence : il s'agit de la fréquence des contacts et / ou des activités souhaitée pour cette position ;
- Fonctions / missions : Il est nécessaire de distinguer trois niveaux pour décrire la place de chacun dans l'institution. D'une part, les MASS sont constituées de professionnels dans différents champs (médecins, psychologues, A.S. etc.), chacun y assure une ***fonction***, définissant ses compétences, pour chacune des positions. Les fonctions ne doivent pas être confondues avec les ***rôles*** (médical, social, psychologique) qui peuvent être joués par des professionnels dont ce n'est pas la tâche assignée. Par exemple, un éducateur animant un groupe de discussion sur la prévention du SIDA effectue bien une tâche dévolue à sa *fonction* (animer un groupe à visée pédagogique), mais il joue en même temps un *rôle* médical (prévention du SIDA). Enfin, d'un point de vue global, l'institution doit remplir un certain nombre de "fonctions" institutionnelles, indépendamment de ce qui permet d'assurer de telles fonctions en son sein. On parlera alors de ***missions***. Encore faut-il distinguer les missions décrites dans le *Projet MASS* (ou *missions conventionnelles*), des missions liées à l'histoire de l'institution, au contexte dans lequel elle s'inscrit et aux orientations choisies par l'équipe ;
- Leadership : Il s'agit de l'intervenant ou de l'équipe / groupe d'intervenants ayant un statut implicite de responsable pour chaque position, la personne ou le groupe de référence, sans que pour autant ce "leader" soit forcément investi officiellement de ce statut. Cette reconnaissance de leadership peut être liée aux compétences du leader, à son ancienneté, à son expérience, à son charisme…
- Missions conventionnelles : Pour rappel, comme cela a été expliqué au point "fonctions / missions", les missions conventionnelles sont celles qui sont décrites dans le *Projet MASS*, telles qu'appliquées à *Diapason* ;
- Limites : Il s'agit des éléments (attitudes, comportements, demandes…) qui pourraient être considérés comme des indicateurs de passage de la relation d'une position à une autre ;
- Exigences thérapeutiques : Il s'agit des conditions minimales exigées pour le bon déroulement de la prise en charge dans une position déterminée ;
- Demande patente et latente : il s'agit des demandes soit explicitement formulées par les "patients" (demandes patentes), soit implicitement contenues dans leur formulation et détectées par les intervenants (demandes latentes) qui sont interprétées comme indicatrices d'un positionnement particulier ou possible de la relation thérapeutique ;
- Produit et méthadone : il s'agit du rôle particulier que jouent le "produit" (la drogue qui entre en jeu dans la toxicomanie du "patient") et / ou la méthadone dans l'établissement, l'élaboration et le développement du processus thérapeutique à chacune des positions. Il est apparu lors de la construction de cette grille que ces éléments avaient une influence, sinon un statut, tant sur le cadre que sur les rapports entre intervenants, et entre intervenants et patients ; c'est pourquoi ces deux paramètres forment une catégorie distincte.

Nous avons expliqué que notre démarche a consisté à faire émerger un corpus discursif pouvant, par recoupements et enrichissement, se transformer en un corpus notionnel (Cf. Supra). Dans ce cadre, la grille a été utilisée comme support à un très grand nombre de discussions approfondies devant la nécessité de mettre en cohérence des idées et des points de

vue différents. Il est donc important de souligner que **la grille ne constitue pas la modélisation, et encore moins la théorisation,** des processus de prise en charge à *Diapason*[87]. La grille est en revanche le réceptacle des discussions menées avec les différents intervenants de *Diapason*, grâce auquel une théorisation des pratiques est aujourd'hui envisageable. Théorisation que nous proposons ci-après[88].

2. Modélisation d'une MASS centrée sur une Salle d'Accueil

Nous l'avons vu, la notion d'accueil –inscrite dans le rôle de la *Salle d'Accueil*– constituait le point d'interrogation central de la journée d'étude organisée par *Diapason*, journée ayant servi de point de départ effectif à nos propres démarches (Cf. Supra).

C'est une notion centrale : c'est elle qui nomme les institutions MASS (*Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire*), et qui en désigne la spécificité, si souvent visée au travers de la notion de "bas seuil". L'*entrée en contact* et le *maintien du contact* sont des objectifs spécifiques des MASS, qui ont pour finalité de toucher des personnes exclues des *"services réguliers de soins"*. Or, dans le même temps, cette notion d'accueil n'étant pas spécifiquement travaillée dans les processus de prise en charge dits "classiques", c'est elle qui est d'emblée la plus difficile à cerner et à utiliser. Dès le départ, lorsque nous avons entamé le travail de complètement de la "grille", nous avons centré notre attention sur la *position d'accueil*, parce que nous ressentions que cette position était la moins connue tout en étant la plus spécifique.

2.1. La position d'accueil : éléments constitutifs

Au point de départ, *la position d'accueil* a été intuitivement identifiée comme visant les relations entre intervenants et patients, lorsque ces derniers sont "non-demandeurs", ou avec une demande très circonscrite, impliquant un refus de toute relation à visée de changement. Cette situation se cristallise et devient plus facilement perceptible avec de nouveaux "patients"[89] — bien qu'une fois identifiée, la *position d'accueil* se donne ensuite à voir dans d'autres circonstances (Cf. Infra). En effet, les premières demandes par lesquelles l'entrant s'*introduit* à la MASS sont souvent des demandes de méthadone ou d'autres médicaments (et rien d'autre), ou de simples demandes d'accès à la *Salle d'Accueil* ; quand la demande d'entrée ne se dissimule pas derrière un alibi du type : *"c'est ma famille qui m'envoie"*, ou *"c'est pas pour moi, j'accompagne mon copain"*…

La logique du *Projet MASS*, et les assertions de l'équipe quant au rôle de la *Salle d'Accueil*, assignent comme objectif prépondérant à cette situation une réponse "rapide et efficace" à (aux) demande(s) ainsi formulées, le maintien du contact, et un travail d'incitation

---

[87] Il est d'ailleurs important de signaler que la "grille" n'a pas pu être complètement remplie, faute de temps. Cependant, ce fait ne constitue nullement un échec de la méthode, mais plutôt l'indication de sa richesse. Dans un contexte de "recherche-action", il appartient aux protagonistes de terrain de poursuivre cet effort de mise en cohérence menant à une modélisation, en s'en appropriant les méthodes développées conjointement avec les chercheurs.

[88] La théorisation est l'objectif premier des chercheurs. Mais, comme nous l'avons dit, la "grille" peut également servir de support à formalisation d'un programme thérapeutique, objectif premier des acteurs de terrain.

[89] Pour des raisons qui vont rapidement devenir plus claires, nous désignerons ces nouveaux "patients" par le terme d'*entrants* à la MASS.

du patient afin qu'il approfondisse sa démarche. Comment ces objectifs peuvent-ils être travaillés ?

2.1.1. CONDITIONS D'*ACCES A L'ACCUEIL* :

- Media d'entrée en contact avec *Diapason* : la *Salle d'Accueil* et l'accès à la méthadone.
- *Salle d'Accueil* : *"accès à l'accueil"* = formulation d'une première demande prétexte à entrer = créer un cadre favorable au développement d'une *position d'accueil*
- Philosophie de *Diapason* : *"susciter et multiplier les envies"*, tout usage de l'institution est une demande (expression d'un besoin) : produit, logement, écoute, consommation de biens… Chaque demande est l'occasion d'une interpellation du "patient" sur le sens de sa demande (visée : élaboration de la relation thérapeutique).

Bien que la notion de "bas seuil" n'ait pas encore été clairement définie, on sait qu'elle se réfère de manière significative aux conditions d'accès. Pour rappel, les objectifs dévolus aux MASS évoquent l'accessibilité à l'établissement, qui doit être étendue –notamment en termes d'horaires–, l'absence de conditions préalables au traitement, et une réponse rapide et efficace aux demandes (Cf. Supra). En revanche, le "patient" doit être susceptible de nécessiter une prise en charge multidisciplinaire, et être en ordre d'assurabilité pour la couverture de ses soins de santé. Enfin, bien que le forfait de remboursement des semaines de rééducation fonctionnelle couvre, en principe, les frais liés aux prises en charge de patients non-remboursables, d'un point de vue plus général, l'institution MASS doit gérer son équilibre financier, ce qui signifie qu'un nombre suffisant de patients "remboursables" doit être rencontré. On voit donc, d'une côté, une recherche du moindre obstacle possible à l'entrée en contact, mais en même temps, une volonté de garder un contrôle strict des aspects administratifs et financiers du dispositif, au point que ce contrôle pourrait se révéler contre-productif. A *Diapason,* cette situation est gérée à l'aide des spécificités de la *Salle d'Accueil*. Pendant ses horaires d'ouverture[90], celle-ci constitue, avec la méthadone, le médium d'entrée en contact principal de l'institution.

L'entrant à *Diapason* doit sonner et attendre qu'on vienne lui ouvrir la porte[91]. Cette situation permet à l'accueillant de préparer l'accueil, tout en donnant l'occasion à l'entrant de formuler une première "demande" — même si celle-ci n'est qu'un prétexte à entrer[92]. Immédiatement donc, accueillant et entrant sont placés dans une situation où une relation en *position d'accueil* est possible. Encore faut-il que l'intervenant se saisisse de ce point de départ

[90] Ceux-ci ont changé à plusieurs reprises pendant le déroulement de la recherche, essentiellement pour des raisons de gestion du personnel (surcharge de travail, rotation du personnel ou *"burn-out"*, faible valorisation du *travail d'Accueil* défini négativement ou mal perçu dans un cadre thérapeutique global, Cf. Supra). Idéalement, selon les représentants de *Diapason*, cette *Salle d'Accueil* devrait être ouverte tous les jours, de 9h à 18h. Toutefois, l'usage d'une telle Salle dans le cadre du dispositif de *Diapason* réclame une grande disponibilité du personnel chargé de sa gestion. Il a semblé dès lors préférable à l'équipe de *Diapason* de réduire les plages horaires d'ouverture de cette Salle pour en préserver le fonctionnement optimal.

[91] Ce choix institutionnel a été longuement débattu en équipe, et ensuite avec les chercheurs. La fermeture de la porte répondait au départ au souci de sécurité des intervenants suite à des actes de violence s'étant déroulés dans l'institution. Mais, ce choix pouvait apparaître comme un obstacle à l'accessibilité. L'étude de la *position d'accueil* a toutefois permis de donner un autre sens à cette situation, en tant qu'*accès à l'accueil*, Cf. Infra.

[92] Nous avons vu que la notion de "demande" nécessite également des clarifications. On prendra ce terme dans son sens le plus large en attendant que cette recherche puisse, éventuellement, y apporter des précisions, notamment par la différenciation que nous avons introduite entre *"demande patente"* et *"demande latente"* (Cf. Infra).

(Cf. Infra). Cette démarche a été désignée comme *"accès à l'accueil"*. Les seules conditions imposées par *Diapason* pour cet accès sont un respect des règles sociales habituelles (pas de violence, pas de dégradation des lieux) ; un refus d'accès à l'accueil sera manifesté s'il y a *"un signe d'une volonté manifeste de consommation de drogues dans l'institution"*. On refusera également l'entrée aux animaux, aux personnes en possession d'une arme… Il est impossible de dresser une liste exhaustive de tous les cas où un accès pourrait être refusé. Mais l'on retiendra que ceci se produit lorsqu'on détecte un élément manifeste susceptible de troubler *le cadre de l'accueil* au sein de l'institution, ou encore, pourrait-on dire, si l'entrant arrive dans des conditions telles qu'une *position d'accueil* est inaccessible.

Une fois l'entrant accueilli dans l'institution, plusieurs possibilités s'offrent à lui : ou bien il formule une demande, ou bien il veut juste faire usage de la *Salle d'Accueil* comme lieu "de dépôt" et / ou de vie[93]. Dans tous les cas, la philosophie de *Diapason* consiste à *"susciter et multiplier les envies"* et à considérer tout usage de l'institution comme une demande exprimée au travers de l'expression d'un besoin : de produit, de logement, d'écoute ou de consommation de biens. Chacune des demandes peut ainsi être l'occasion d'une interpellation du "patient" sur le sens de sa demande, et donc par extension sur le sens de sa situation, avec en vue, l'amorce d'une démarche d'élaboration de la relation thérapeutique.

2.1.2. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN *POSITION D'ACCUEIL* :

- En *position d'accueil :* rôle spécifique de la méthadone = maintien du contact.
- La méthadone est un produit de *substitution des liens de dépendance :* Dépendance pharmacologique à l'héroïne remplacée par dépendance à la méthadone, dépendance relationnelle au(x) dealer(s) remplacée par dépendance à la MASS.
- Caractéristique de la *position d'accueil* : relations totalement médiatisées par les produits (drogues, médicaments, méthadone).
- Le produit est un élément constitutif de l'identité, tant du toxicomane que de l'intervenant en toxicomanie

La demande de méthadone est la demande d'*accès à l'accueil* la plus couramment formulée. Lors de l'organisation des *Focus Groups*, nous avons aussi constaté que l'accès à la méthadone constitue l'image de marque des MASS. De plus, dans le cas de *Diapason*, nous savons que cette institution provient d'un comptoir de délivrance de méthadone organisé par la Ville de Charleroi avec le soutien des Contrats de Sécurité. Ainsi, l'accès aux traitements de substitution, combiné à la *Salle d'Accueil* en tant que lieu de vie, constituent les incitants à l'entrée en contact avec l'institution. Dès lors, il est assez clair qu'en *position d'accueil*, la méthadone joue un rôle essentiel dans le fonctionnement de l'institution, puisque c'est par elle que *le maintien du contact* peut être obtenu. Ce rôle spécifique de la méthadone est un phénomène particulier qui mérite qu'on s'y attarde.

Nous avons eu l'occasion de rappeler les indications et objectifs des traitements de substitution à la méthadone tels qu'énoncés par la Conférence de Consensus de 1994 : *maintenance / stabilisation*, *substitution à visée de sevrage* (2 à 5 ans), et *sevrage rapide dégressif*

[93] Cette "division du travail" est assez fort ressentie par les patients fréquentant *Diapason*. En effet, lors de la tenue des *Focus Groups*, nous avons tenté de recruter des usagers de drogues patients de *Diapason*, et des usagers de drogues non-patients de *Diapason*. Il nous est alors apparu que, dans la représentation véhiculée par les personnes rencontrées, *"patient de Diapason"* signifiait être pris en charge par un intervenant individuel (*"j'ai mon médecin à Diap'"*), tandis qu'être non-patient signifiait ne fréquenter que la *Salle d'Accueil*.

(de 3 semaines à 3 mois)[94]. Nous avons également vu que le *Projet MASS*, par la place particulière qu'il accorde aux traitements de substitution dans son dispositif, ajoute un objectif à connotation sécuritaire à l'utilisation de ces traitements : la *cessation de la consommation de drogues illicites* (Cf. Supra). Aucun de ces documents ne fait donc mention de l'usage des traitements de substitution en soutien d'un processus thérapeutique à caractère social et psychologique[95].

Les MASS utilisent la méthadone dans le cadre d'un dispositif visant *l'entrée en contact* et *le maintien du contact* avec des patients exclus des *"services réguliers de soins"*, en vue de les remettre en contact avec lesdits services. Il est donc logique qu'elles mettent la méthadone à disposition de manière facilitée, et qu'elles développent en parallèle des processus sociaux et psychologiques visant l'incitation au *"traitement effectif de la toxicomanie"*.

En *position d'accueil*, l'entrant vient demander de la méthadone sur un mode consumériste, comme il peut le faire pour les autres biens et services mis à sa disposition dans la *Salle d'Accueil*[96]. Le produit est accessible avec une relative facilité, il vient donc se servir. L'accessibilité accrue à la méthadone permet ainsi à ce produit de "prendre sa place" parmi les mécanismes d'approvisionnement des patients. Comme nous le montrent les dires de ces derniers –tels qu'ils se sont exprimés au sein des *Focus Groups*–, l'accès facilité à la méthadone est considéré par certains patients comme un *"filet de sécurité"* : ils continuent de consommer de l'héroïne, mais quand celle-ci se fait rare, ou que le consommateur n'a pas l'argent nécessaire, la méthadone permet d'éviter les effets pénibles du manque. D'autres vont un peu plus loin. Pour ceux-ci, la méthadone devient le premier choix et la MASS est leur source d'approvisionnement prioritaire. Il existe encore une consommation d'héroïne ou de cocaïne, mais elle devient occasionnelle, *"pour le fun"* ou *"pour une occasion spéciale"*[97].

En quelque sorte, ces attitudes et comportements traduisent une acceptation relativement aisée de la méthadone en tant que produit de *substitution des liens de dépendance* que le "patient" entretient avec l'héroïne. Avec plus ou moins d'intensité, il remplace la dépendance à l'héroïne par une dépendance à la méthadone, sur le plan pharmacologique, et il remplace la dépendance à son (ses) dealer(s) par une dépendance à l'institution MASS, sur le plan relationnel. Certes, ces liens de dépendance relationnelle sont totalement médiatisés par le produit — au point que les médecins ont parfois le sentiment désagréable d'être placés dans la position du dealer (Cf. Infra). La forte médiatisation des relations par les produits semble une caractéristique propre de la *position d'accueil*. C'est précisément le passage d'une relation centrée et médiatisée par un produit vers une relation centrée sur d'autres choses, notamment sur les personnes, qui marque la possibilité d'un passage d'une relation en *position d'accueil* vers une relation dans une position plus élaborée (Cf. Infra).

---

[94] Conseil Supérieur d'Hygiène, Commission des Médicaments ; *Conférence de Consensus…, Op. Cit.*

[95] L'accompagnement psychologique ou social du traitement de substitution est en général conçu comme un soutien à ce dernier (notamment pour améliorer la compliance du patient au traitement de substitution) plutôt que l'inverse, qui consiste à considérer la méthadone comme un soutien de l'accompagnement psychologique et social.

[96] En ce qui concerne la méthadone, l'expression "produit d'appel" a été utilisée à plusieurs reprises, pour y signaler –sinon dénoncer– la ressemblance avec les pratiques commerciales consistant à allécher le client par un produit au prix très bas, et destiné surtout à faire vendre les autres marchandises disponibles en magasin. On peut imaginer la difficulté à intégrer un rôle thérapeutique dans un cadre perçu de cette manière.

[97] Pour d'autres patients, la méthadone revêt plus facilement son statut de médicament, mais nous envisagerons ces cas plus loin dans ce rapport, Cf. Infra.

Le cadre ainsi défini pour l'utilisation des traitements de substitution en *position d'accueil* implique une approche spécifique de ces traitements de la part des divers intervenants, et en tout premier lieu des médecins, prescripteurs du produit. En effet, si c'est bien le produit (drogues, médicaments, méthadone) qui est au centre de l'attention de l'entrant –la plupart du temps–, la possibilité du passage de la relation à une autre position sera fonction de la manière dont l'intervenant parviendra à placer le produit à la périphérie de la relation. Cette tâche peut sembler ingrate ou difficile aux intervenants de l'*équipe accueil* et aux médecins. Pour les premiers, la difficulté est liée à l'ambiance de l'accueil, trop "mouvementée" pour prendre du recul (Cf. Infra). Pour les seconds, la difficulté est de centrer la relation avec le patient sur autre chose que le produit, alors que celui-ci est tout autant une spécificité du patient qu'une spécificité du médecin.

De manière générale, le produit reste un élément constitutif de l'identité, tant du toxicomane que de l'intervenant en toxicomanie, et qu'il est donc difficile de mettre entre parenthèses.

2.1.3. ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES PATIENTS EN *POSITION D'ACCUEIL* :

- Le plus souvent, attitudes de "fuite" ou de "dénégation"
- Principaux types de comportements : passif, ritualisé ou agi / dans le passage à l'acte
- Attitudes et comportements centrés et médiatisés par les produits

La notion de *position* visant la relation entre intervenants et patients, la définition de la *position d'accueil* est fortement liée à ce que le "patient" donne à voir de lui-même dans ses attitudes et ses comportements, ainsi qu'à tout ce que l'intervenant pourra détecter à travers eux, notamment en termes de motivation, de demandes et de besoins[98]. Nous avons vu qu'au point de départ, la *position d'accueil* a été cernée au travers de "patients" peu demandeurs. Cette situation de "non-demande" se traduit généralement soit par une attitude qualifiée de "fuyante" ou de "dénégation" (*"j'accompagne un copain"*), soit par une attitude qualifiée d'"instrumentale" — attitude purement consumériste où les biens, services et intervenants mis à disposition du "patient" sont utilisés par celui-ci comme des objets en vue d'une satisfaction égoïste et immédiate, par exemple : *"je veux de la métha"*, *"j'ai besoin d'un médecin"*…

Nous avons vu également qu'en *position d'accueil*, les relations sont centrées et médiatisées par les produits : les drogues, la méthadone, les autres médicaments. Nous avons vu, enfin, que l'accès facilité à la *Salle d'Accueil* et à la méthadone, qui constituent les éléments primordiaux de l'*entrée* et du *maintien des contacts*, sont assez facilement intégrés dans les mécanismes d'approvisionnement et d'adaptation des "patients". Les comportements de ceux-ci, dans un tel contexte, peuvent bien évidemment varier très fortement d'un individu à un autre. Toutefois, trois tendances principales semblent se dégager comme plus spécifiques dans cette position.

Les "patients" en *position d'accueil* étant peu demandeurs, certains d'entre-eux ont un comportement qualifié de "passif". On peut y rattacher les attitudes déjà mentionnées de fuite ou de dénégation. D'autres "patients" en *position d'accueil* auront plutôt tendance à s'inscrire dans leur nouveau mécanisme d'adaptation de manière ritualisée et répétitive. Vis-à-vis d'un processus à visée de changement, ce comportement "rituel" est également passif. Enfin, un troisième type de "patients" en *position d'accueil* auront, à l'inverse des précédents, une tendance

[98] La position visant la relation, elle est aussi fortement liée aux attitudes, comportements et motivations des intervenants. Nous y reviendrons plus loin.

à être perpétuellement dans le passage à l'acte, sur un mode exigeant, voire revendicatif. Ces attitudes et comportements font l'objet d'interprétations en termes de demandes latentes, de besoins et de motivations de ces patients.

2.1.4. DEMANDES PATENTES ET LATENTES[99], BESOINS, MOTIVATION DES PATIENTS EN *POSITION D'ACCUEIL* :

- Chaque *demande patente* exprime des demandes *latentes*), elles-mêmes correspondant à des besoins et donnant une indication sur la motivation du "patient" à entreprendre une démarche de changement plus élaborée
- Types de demandes patentes formulées à *Diapason* : demandes d'accès à l'accueil, demandes liées à l'usage de la *Salle d'Accueil* comme lieu de "dépôt" / de vie, demandes liées à des activités, demandes liées à la rencontre d'un intervenant spécifique
- Liaison entre demandes et besoin (Maslow) : permet de mettre en exergue l'attitude de curiosité : l'entrant vient *"en reconnaissance"* — il vient reconnaître l'institution et se faire reconnaître. Attitude de curiosité fort importante pour susciter les envies à partir des besoins, donc pour amener l'entrant à approfondir sa démarche.
- Liaison entre demandes et motivation au changement (Prochaska et Di Clemente) : problème d'échelle de lecture. Selon le *Projet MASS,* un *"traitement effectif de la toxicomanie"* est un processus divisible en étapes, l'une d'elles consiste en un travail motivationnel, dévolu aux MASS. Donc, l'objet de la motivation au changement est la problématique d'assuétude prise dans sa globalité. Mais le travail motivationnel en *position d'accueil* concerne, de manière plus restreinte, l'élaboration de la relation thérapeutique au sein de *Diapason*.
- Autrement dit, le parcours d'un patient au sein de *Diapason* n'est pas un équivalent à échelle réduite du parcours d'un patient au sein d'un circuit de soins, visant une résolution complète de la problématique d'assuétude, ni même le maintien du patient dans l'abstinence.

Le travail d'interpellation des "patients", visant l'incitation ou la stimulation à l'entrée dans une position relationnelle plus élaborée, s'ancre sur une interprétation des attitudes, comportements et demandes, manifestés et / ou exprimés par les "patients". Plusieurs sources théoriques ont été évoquées pour cette interprétation.

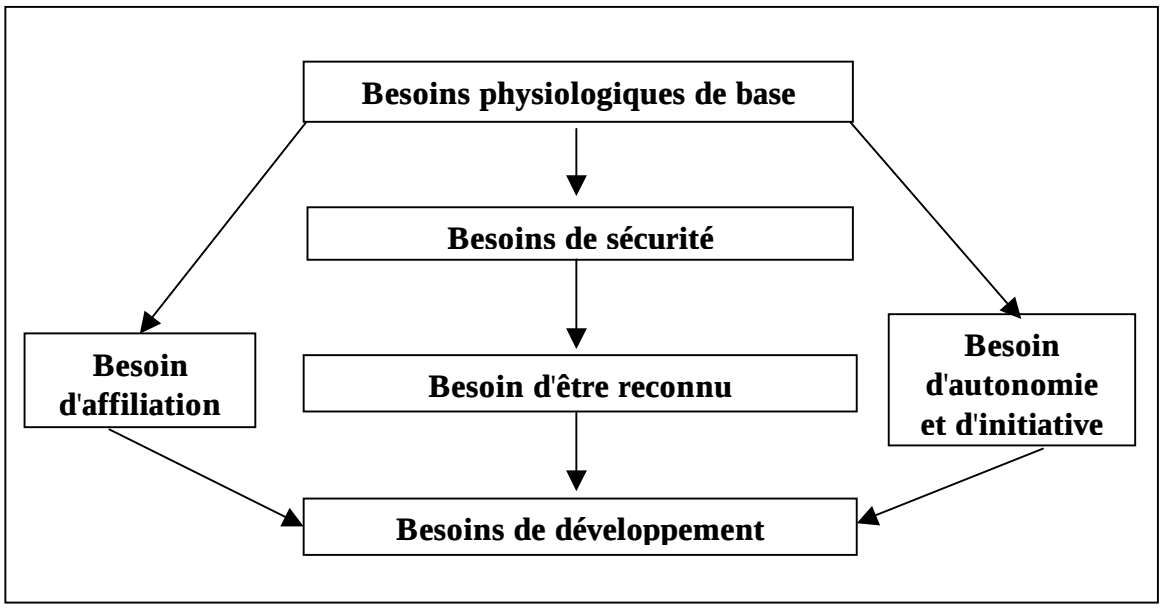
Nous avons dit que tout contact entre *Diapason* et les "patients" était interprété comme l'occasion de recevoir des "demandes" (que nous qualifions d'*explicites* ou de *patentes*), et que chaque *demande patente* est considérée comme exprimant des demandes sous-jacentes (que nous qualifions de *latentes*), elles-mêmes correspondant à des besoins et donnant une indication sur la motivation du "patient" à entreprendre une démarche de changement plus élaborée. Outre les *demandes patentes* d'*accès à l'accueil* déjà citées, on peut mentionner :

- des *demandes patentes* liées à l'usage de la *Salle d'Accueil* comme lieu de "dépôt" / de vie : l'entrant peut trouver, dans la *Salle d'Accueil,* certains produits "consommables" (café, céréales, journaux...), et se saisir de l'endroit comme d'un lieu de vie, avec accès à la douche ou à la machine à laver ;

[99] Il faut entendre "demande" dans son sens large de simple formulation exprimant un besoin, et non dans un sens spécifique, attendu dans un contexte psychanalytique, qui viserait un désir de changement profond — une "bonne demande". En effet, celle-ci s'articule sur le désir, et non sur le seul besoin, désir qui précisément ne peut se faire jour qu'à la condition de ne pas combler immédiatement les besoins. En revanche, on pourrait poser l'hypothèse que la "demande" qu'il s'agit de faire émerger dans le travail d'incitation au *"traitement effectif de la toxicomanie"*, est une demande intransitive de type psychanalytique.

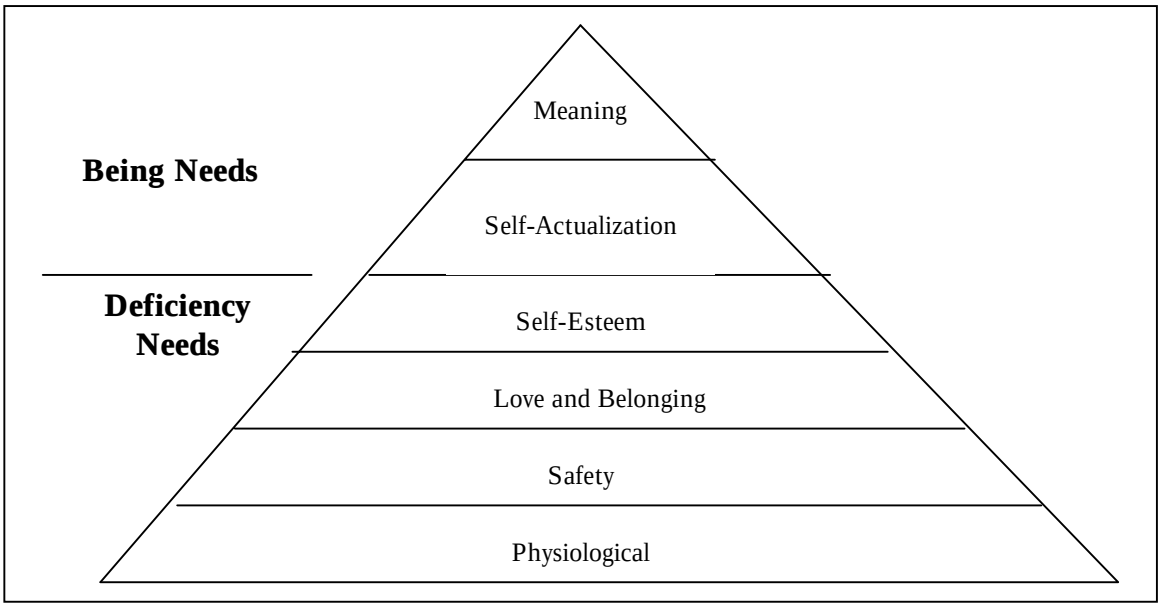
- des *demandes patentes* liées à des activités : lorsque des activités de groupe sont organisées, il est possible d'y formuler des demandes de participation ou de suggérer des activités à organiser, notamment au sein de la *Salle d'Accueil*[100] ;
- des *demandes patentes* liées à la rencontre d'un intervenant spécifique : soit en regard de questions conjoncturelles –demande d'un hébergement, d'une mise en ordre de papiers, d'une attestation, d'un conseil, de recherche d'emploi…–, soit en se situant d'emblée dans un processus à plus long terme — demande d'une aide psychologique, d'un traitement médical (substitution ou autre, par rapport à la problématique d'assuétude ou non)…

Le lien entre la *demande patente* et le concept de *besoin* est assez évident. Ce dernier est au centre des théorisations d'A.H. Maslow[101]. Au cours du processus de recherche, deux schémas de modélisations hiérarchisées des besoins ont été présentés.



[100] Cette modalité a été évoquée au cours du déroulement de la recherche, bien qu'elle n'ait été qu'occasionnellement utilisée, et essentiellement en vue de recadrer la *Salle d'Accueil* dans le dispositif de *Diapason* vis-à-vis des patients. Ainsi, par exemple, les changements d'horaire d'ouverture de ladite Salle –liés à des changements de personnel– ont fait l'objet de groupes de discussion avec les patients. De manière générale, l'organisation d'activités au sein de la *Salle d'Accueil* semble difficile à mettre en place, notamment pour des raisons de disponibilité du personnel. Cette modalité reste toutefois potentiellement cohérente avec les autres éléments du dispositif.

[101] Maslow A.H.; *Motivation and Personality*, 3rd edition revised by Frager R., Fadiman J., McReynolds C. & Cox R., Harper Collins, New York, 1970



D'après Maslow, les différentes catégories de besoins sont hiérarchisées selon leur degré d'élaboration. Il était donc logique de mettre cette théorie à l'épreuve en essayant de formaliser un lien entre le niveau d'élaboration des *demandes patentes* et des besoins, et par extension d'obtenir une indication supplémentaire en vue de cerner la position de la relation.

Les *demandes patentes* spécifiques de la *position d'accueil* sont celles qui ont été mises en exergue lors de l'*accès à l'accueil*, essentiellement des demandes d'utilisation de la *Salle d'Accueil* (produits consommables, chaleur physique et humaine…), et des demandes de méthadone ou d'autres produits. Si l'on utilise les catégories de la théorie de Maslow, on peut lier ces demandes aux *besoins physiologiques de base* (manger, boire, dormir) et aux *besoins de sécurité* (chaleur, protection, sécurisation, y compris celle qu'octroie la surveillance médicale), mais aussi au *besoin d'être reconnu.*

Cette constatation de première importance nous permet de dire qu'une attitude supplémentaire propre de la *position d'accueil* est l'attitude de curiosité : l'entrant vient *"en reconnaissance"* — il vient découvrir et reconnaître l'institution, mais également il est décrit comme venant se faire reconnaître. L'attitude de curiosité est d'une grande importance dans le dispositif de *Diapason*, puisque par elle, il est possible de susciter les envies –à partir des besoins–, donc d'amener l'entrant à approfondir sa démarche. Nous y reviendrons de manière plus détaillée (Cf. Infra).

Qu'en est-il de la demande de produits ? Correspond-elle à l'une des catégories de besoins de la théorie de Maslow ? Il est évidemment tentant d'assimiler la demande de produits à un besoin devenu *besoin physiologique de base* chez le toxicomane. La question reste sans réponse au niveau du dispositif de *Diapason*. En tout état de cause, la simple demande de produits, sans autre recherche de changement, reste une demande très peu élaborée, quel que soit le besoin ou l'ensemble de besoins qu'elle (re)-couvre[102].

[102] Cette assimilation du besoin de produits à un besoin physiologique de base chez le toxicomane n'est en tout cas pas partagée par tous. A titre d'exemple, on citera J.P. Jacques : *"cette "recherche avide de drogue" est en effet la définition que les Anglo-Saxons donnent du* ***craving****, mot qui fait cruellement défaut dans notre langue française, laquelle a mis le mot* ***"besoin"*** *à la place. Regrettable substitution, qui a amené les auteurs français à croire que* pour le drogué, *la drogue* […] *s'inscrirait comme besoin dans la série des besoins fondamentaux, manger-boire-dormir, alors que*

Une autre référence théorique mise à l'épreuve du dispositif de *Diapason* est la théorie psycho-intégrative de Prochaska et Di Clemente à propos de la motivation au changement[103]. En effet, un objectif intermédiaire des MASS consistant à inciter le patient à entrer dans un *"traitement effectif de la toxicomanie"*, on peut comprendre ce travail comme se situant au niveau de la motivation au changement. Nous nous sommes centrés sur l'approche de Brootharts & al.[104], dans la mesure où celle-ci tente de montrer les implications pratiques de la théorie motivationnelle de Prochaska et Di Clemente dans le cas de la prise en charge des assuétudes alcooliques en centre de jour — la situation la plus proche de celle rencontrée à *Diapason*.

Selon ces auteurs, la motivation au changement est *mitoyenne* de la conscience des problèmes d'assuétudes par le patient. Le travail à entreprendre porte donc sur l'évolution de la perception qu'a le "patient" de sa problématique d'assuétude, de sorte qu'elle se traduise ensuite en actes de changement. Les "niveaux de perception" de la problématique d'assuétude par le "patient" sont ainsi associés à des *stades de changement*, au sein d'une modélisation cyclique ou en spirale. En effet, elle intègre le phénomène de la rechute, considérée non pas comme un échec, mais comme un moment d'apprentissage apte à faire passer le "patient" dans un nouveau cycle d'évolution à un niveau de perception / conscience supérieur.

Stades du changement	description (Broothaerts & al.)
Pré-contemplation (ou pré-intention)	*"une personne n'est pas consciente de son problème d'assuétude contrairement à son entourage qui est parfaitement au courant"*
Contemplation (ou intention)	*"la personne est consciente de certains aspects problématiques de son comportement, mais en attribue la cause principalement à des éléments extérieurs à elle-même"*
Prise de décision (ou préparation)	*"c'est le moment où l'individu est prêt à poser des actes de changement effectif"*
Phase active (ou action)	*"c'est ce qu'on appelle généralement la "thérapie""*
Consolidation (ou maintien)	*"elle concerne l'ancrage des changements réalisés"*
Rechute	*"elle est considérée comme un moment propice à l'apprentissage dont le patient peut retirer des enseignements pour mieux comprendre et gérer son problème"*

Les stades du changement décrits ci-dessus permettent-ils de catégoriser les expressions de *demandes patentes*, tel que l'on disposerait d'un indicateur mesurant la motivation au changement atteinte par la relation entre le "patient" et l'intervenant ? Se pose ici un problème d'échelle de lecture — que l'on retrouve également au sein du *Projet MASS*.

---

c'est une erreur de perspective des auteurs auxquels manque cet équivalent français du "craving". C'est au contraire pour s'affranchir des besoins fondamentaux que, peut-être, les drogués s'abonnent au craving […]" ; Jacques J.P.; *Pour en finir avec les toxicomanies, psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, De Boeck & Larcier, Bruxelles, 1999, p. 25.

[103] Prochaska J.O. & DiClemente C.C.; L'approche transthéorique, *in* Norcross J.C & Goldfried M.R. & al.; *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, "Re-connaissances", Paris, 1998, pp. 281-318.

[104] Broothaerts J.P., Fryns A., Kornreich Ch. & Pelc I ; Assuétudes : motivation au changement et prise en charge semi-ambulatoire, in *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, Oct. Nov. Déc. '98/Jan. '99, Vol. III, n°4, pp.25 et sq.

En effet, le *Projet MASS* se fonde sur l'idée qu'un *"traitement effectif de la toxicomanie"* (à visée d'abstinence, Cf. Supra) est un processus long, divisible en étapes, et que l'une de ces étapes consiste en un travail motivationnel. Cette partie du travail est spécifiquement dévolue aux MASS — qui transfèreront le "patient" dès que possible vers les *"services réguliers de soins"*. Le travail de motivation au changement visé, en l'occurrence, est celui qui doit donner au patient l'envie d'entrer dans un tel traitement effectif. L'objet de la motivation au changement est donc la problématique d'assuétude prise dans sa globalité.

En revanche, le travail de motivation au changement qui pourrait être visé en *position d'accueil* concerne, de manière plus restreinte, l'élaboration de la relation thérapeutique au sein de *Diapason*. Ainsi, sans invalider directement cette théorie des stades de changement, il apparaît qu'elle ne permet pas de cerner les spécificités des "patients" de *Diapason* dans leurs parcours internes[105]. Autrement dit, le parcours d'un patient au sein de *Diapason* n'est pas un équivalent à échelle réduite du parcours d'un patient au sein d'un circuit de soins, visant une résolution complète de la problématique d'assuétude, ni même le maintien du patient dans l'abstinence.

2.1.5. INCITATION AU TRAITEMENT ET ANALYSE DE LA DEMANDE :

- *Analyse de la demande* : entretien individuel (¾ d'heure), divers questionnaires (administratif, épidémiologie, projet clinique). Soutien de l'incitation au traitement (projection dans l'avenir, mesure des réalisations), et méthode d'interpellation systématique. Conditionne l'accès aux intervenants individuels, notamment aux médecins (méthadone).

Sur base des principes d'intervention décrits ci-dessus, un débat s'est ouvert au sein de l'équipe de *Diapason* à propos de l'incitation au traitement. En effet, si la *Salle d'Accueil*, en tant que lieu de vie, diminue considérablement le seuil d'exigence pour l'accès à l'institution – puisqu'on peut y aller "sans demande"–, il y aurait en parallèle un risque que des entrants s'incrustent dans cette Salle à long terme, sans autre intention que d'y consommer les biens et services disponibles, et sans que cette situation ne débouche jamais sur une démarche de changement — qui s'appuierait sur l'élaboration d'une demande. Un clivage apparaît donc entre ceux qui considèrent que, tôt ou tard, l'entrant en viendra nécessairement à approfondir sa démarche, et ceux qui considèrent qu'il y a lieu d'être attentif à ces situations et ne pas laisser quelqu'un s'installer trop longtemps dans ce mécanisme.

A l'inverse, certains membres de l'équipe considèrent qu'une personne qui formule quelques demandes précises et consulte des intervenants individuels (médecin, assistant social, psychologue) est entrée dans un processus thérapeutique plus élaboré. Pourtant, l'étude du parcours des patients montre que certains d'entre eux entrent, par ce moyen, dans une utilisation ritualisée –et consommatoire– de l'institution et de ses intervenants — rencontres avec les mêmes intervenants, aux mêmes heures, prescriptions identiques, pratiques répétitives (voire compulsives), etc. Ces personnes ne semblent donc pas inscrites dans un processus plus

[105] Il n'entre pas dans notre tâche d'évaluer la pertience de la théorie de Prochaska et Di Clemente par rapport à la problématique globale des toxicomanies. Il nous faut cependant signaler que le dispositif de *Diapason* concourt à déplacer le centre de la relation thérapeutique, à partir des produits vers les personnalités. Ce qui suppose *in fine* qu'un *"traitement effectif de la toxicomanie"* passe par un travail de changement au niveau psychique et personnel, et non seulement sur les attitudes et comportements vis-à-vis des produits. On peut donc s'interroger sur la compatibilité de ce point de vue avec celui qui prévaut dans la théorie de Prochaska et Di Clemente, qui lie perception, conscience et motivation au changement, et ce, dans le rapport du patient au produit uniquement.

dynamique que celles qui se contentent de se "déposer" dans la *Salle d'Accueil*. C'est en vue de répondre à ces préoccupations que *Diapason* a introduit la démarche d'*analyse de la demande*.

L'*analyse de la demande* est un entretien individuel d'une durée approximative de trois quarts d'heure, au cours duquel un intervenant, par l'usage de divers questionnaires, enregistre la situation du patient à son arrivée à *Diapason* et tente de lui faire élaborer un "projet"[106]. Cet enregistrement est certes l'occasion pour l'institution de répondre aux attentes en termes de collecte de données épidémiologiques ainsi qu'aux démarches à caractère administratif auxquelles elle est censée se soumettre (demande de remboursement à introduire auprès de l'INAMI, convention patient-médecin-pharmacien servant de cadre à la délivrance de méthadone…). Elle est également conçue comme un soutien de l'incitation au traitement, dans la mesure où elle pousse le "patient" à se projeter dans l'avenir –donc à penser à l'évolution de sa situation– et où l'enregistrement de ce projet permet ensuite d'en mesurer les réalisations effectives et les écarts. En effet, il s'agit d'assurer un suivi de la demande, afin de ré-interpeller le patient, après un certain délai, sur le chemin qu'il aura parcouru. La démarche permet en outre de n'oublier aucun "patient", évitant ainsi que l'on ne se préoccupe que des cas "visibles" (ceux qui s'incrustent dans le refus de la relation, ceux qui "posent problème" aux intervenants) ou que l'on oublie les cas "invisibles" (ceux qui se font oublier dans la *Salle d'Accueil*, ceux qui sont les plus compliants au traitement et aux règles de l'institution et qui, de ce fait, ne se font remarquer de personne). La démarche d'*analyse de la demande* conditionne l'accès aux intervenants individuels, notamment aux médecins. La plupart des entrants formulant au départ une demande de méthadone, l'*analyse de la demande* est presque un préalable à l'admission de l'entrant au-delà de la démarche d'*accès à l'accueil*.

La démarche *d'analyse de la demande* soulève toutefois des questions. D'une part, parce que cette démarche concentre à la fois des enregistrements à caractère épidémiologique, administratif et clinique, il semble difficile de lui donner un sens univoque dans le cadre des processus de prise en charge. Du côté de l'intervenant, elle peut être assimilée à de la "paperasserie" et vécue comme une surcharge de travail, ce qui inévitablement déteriore la qualité de l'entretien. Du côté du patient, cette démarche peut être vécue comme une exigence thérapeutique à l'entrée, et, même s'il accepte de s'y soumettre, elle sera également vécue comme une formalité, ce qui peut provoquer un important phénomène de *désirabilité sociale*[107]. D'autre part, la nécessité de passer par cette démarche pour accéder à la méthadone peut provoquer des difficultés organisationnelles –telles que l'impossibilité d'admettre de nouveaux patients immédiatement, faute de personnel pour *l'analyse de la demande*–, incompatibles avec les missions spécifiques des MASS.

Les questions ainsi soulevées ne concernent donc pas tant le contenu de *l'analyse de la demande* –que nous analyserons plus en détail à l'occasion de l'examen des démarches visant la

[106] En ce qui concerne le contenu de l'*analyse de la demande*, Cf. Infra.

[107] La *désirabilité sociale* est une attitude spéculaire qui consiste à ce qu'un individu agisse et se comporte en fonction de ce qu'il croit être l'attente de son interlocuteur. Ce phénomène peut prendre des proportions énormes, comme dans cet exemple qui nous a été rapporté. Un patient refusait de reconnaître une reconsommation d'héroïne, par crainte de se voir exclu de son traitement méthadone. Le médecin, quant à lui, considéra que s'il y avait eu reconsommation d'héroïne, c'était que le dosage de méthadone était trop faible, et il augmenta le dosage de la prescription suivante. Ayant appris le cas, un autre patient refusa de reconnaître sa propre reconsommation d'héroïne parce qu'il ne voulait pas qu'on augmente sa dose de méthadone, ce qui était vécu par lui comme un échec…

création d'un module clinique, Cf. Infra– que le moment de sa réalisation et sa confusion possible avec des démarches administratives.

2.2. La position d'accueil : éléments d'interprétation

L'identification d'une *position d'accueil* et de ses éléments constitutifs a provoqué des changements dans le vocabulaire et les représentations des membres de l'équipe de *Diapason*. C'était un résultat recherché dans le cadre d'une démarche de recherche-action. Cela a permis aux représentants de *Diapason* d'amener des ébauches de modèles en vue d'interpréter la place que peut prendre la *position d'accueil* au sein du dispositif général de *Diapason*.

2.2.1. STRUCTURATION DU TEMPS EN *SALLE D'ACCUEIL*, MÉCANISMES DE DÉFENSE[108] ET *"TOXICOMIMÉTISME"* :

- La *Salle d'Accueil* est un lieu de vie pour les "patients", donc nécessité de se réapproprier le temps du séjour. Six modes d'utilisation du temps en *Salle d'Accueil :* 1) *L'isolement / le retrait* (le "patient" évite le contact avec les autres), 2) Le rituel (le "patient" utilise son temps de manière répétitive et stéréotypée, mêmes gestes, mêmes "demandes"), 3) *Le passe-temps* (le "patient" occupe son temps à des "banalités", conversations "de bistrot", ambiance "bon enfant", échanges sans implication personnelle), 4) *L'activité* (le "patient" s'investit dans une activité, cherche la réalisation d'un projet), 5) *Les jeux psychologiques* (interrelations complexes avec une implication personnelle importante, sans toutefois atteindre l'intimité), 6) *L'intimité* (échanges relationnels spontanés, implication personnelle très élevée, confiance réciproque).
- Commentaires : structuration du temps = mécanismes de défense. Niveau d'implication de l'intervenant dans ces relations ? Mécanismes de défense des intervenants ?
- Question du *toxicomimétisme* : ensemble de conduites, attitudes, comportements des intervenants, qui de manière explicite ou latente, tendent à reproduire des conduites, attitudes, comportements, des "patients", notamment : discours des intervenants sur les "patients" et sur la toxicomanie centré uniquement sur les produits (unique problème, unique solution, identifiant du patient, rôle de l'intervenant) ; mêmes mécanismes de défense et les mêmes ressources relationnelles des intervenants et des "patients" (discours défensif ou justificateur, absence d'implication dans la relation, confusion des rôles ou déstructuration du cadre) ; refus des intervenants de "prendre leur place" dans la relation en tant qu'intervenants (refus du cadre, de l'institutionnalisation) ; parfois identification des intervenants aux patients (mimétisme de l'apparence, rôle de "porte-parole" des patients) ; cas du recours aux bénévoles : distance institutionnelle encore amoindrie.

A la suite du débat portant sur l'incitation au traitement, une tentative de théorisation a été proposée par l'un des représentants de *Diapason*, et construite à partir de l'emploi du temps des "patients" en *Salle d'Accueil*.

On peut présenter cette ébauche de la manière suivante : la *Salle d'Accueil* est un lieu de vie et de séjour potentiel pour les "patients". Dès lors, ceux qui y viennent ont non seulement à se réapproprier le lieu, mais également le temps du séjour dans l'institution. L'hypothèse avancée est que l'observation des modes d'utilisation du temps passé en *Salle d'Accueil* pourrait

[108] Les "mécanismes de défense" visés ici font référence à la conception analytique. Ils font partie des processus –inconscients– qui permettent à chacun de "tenir le coup" dans la vie — des mécanismes d'adaptation, pourrait-on dire. Il n'y a donc pas lieu de les éradiquer ou de les briser, mais plutôt de permettre leur assouplissement et leur diversification, ce qui permet une meilleure adaptation aux problèmes qui peuvent être rencontrés dans la réalité quotidienne. Dans le contexte particulier des toxicomanies, les problèmes liés à l'abus à la dépendance vis-à-vis de drogues peuvent être considérés comme l'expression / le symptôme complexe de tels mécanismes de défense.

orienter les stratégies des intervenants de l'accueil en vue de faire évoluer la relation vers une position –de la relation– plus élaborée.

L'intervenant qui propose cette piste de lecture distingue six modes d'utilisation du temps en *Salle d'Accueil*, chacun d'entre eux pouvant apparaître comme "appropriés" ou "inappropriés" selon les conditions dans lesquelles il s'applique. Dans cette hypothèse, l'intervenant aurait surtout à intervenir lorsqu'il ferait face à un mode d'utilisation du temps "inapproprié", et pourrait en revanche laisser faire lorsqu'il ferait face à un mode d'utilisation du temps "approprié". Les six modes d'utilisation du temps ainsi proposés sont les suivants :

Mode d'utilisation du temps en *Salle d'Accueil*	"**Approprié**"	"**Inapproprié**"
L'isolement / le retrait Le "patient" évite le contact avec les autres.	Nécessité de faire le point, de se reposer, de souffler.	Volonté de fuir la réalité, de s'occulter à la relation.
Le rituel Le "patient" utilise son temps de manière répétitive et stéréotypée, il reproduit à chaque passage les mêmes gestes ou les mêmes "demandes".	Permet de structurer le temps, de donner des points de repère, permet l'entrée en relation, permet de prendre sa place dans le temps et l'espace.	Ferme les possibilités aux changements, permet de fuir les imprévus inhérents aux contacts sociaux. Absence de contact spontané, mode d'être consumériste = caractéristique du mode de vie "toxicomaniaque".
Le passe-temps Le "patient" occupe son temps à des "banalités" / "futilités" (conversations "de bistrot" sur des sujets épars –voitures, chiffons, météo–), ambiance "bon enfant", échanges mais peu d'implication personnelle.	Facilite le contact social, permet de faire connaissance, contribue à maintenir une ambiance agréable.	Refus d'une implication personnelle plus importante, un certain refus du partage, risque de devenir "casse-pieds".
L'activité Le "patient" s'investit dans une activité, cherche la réalisation d'un projet — éventuellement à la recherche d'une récompense finale.	Mode d'être actif, recherche de gratification sociale, recherche de reconnaissance, grande ouverture sur les possibilités de relations, recherche d'autonomisation.	Le surplus d'activité est aussi une forme de fuite, sur-adaptation, besoin égoïste de capter toute l'attention.
Les jeux psychologiques Mode relationnel le plus courant en société. Interrelations complexes avec une implication personnelle importante, sans toutefois atteindre l'intimité.	Permet de tisser un vaste champ relationnel, permet d'apprendre à gérer le positionnement relationnel.	Risque de "jeu psychologique" à connotation possessive, destructrice, culpabilisante, manipulatrice… Permet d'éviter d'entrer dans l'intimité.
L'intimité Echanges relationnels authentiques et spontanés –non-prévisibles–, inscrits dans le présent, implication personnelle très élevée, confiance réciproque	Mode relationnel qui permet un travail en profondeur	Grande faiblesse des mécanismes de défense, absence de résistances, inapproprié en l'absence d'un cadre sécurisant la relation.

Cette ébauche apporte des éléments d'observation intéressants, qui toutefois amènent quelques commentaires. Les modes d'utilisation du temps en *Salle d'Accueil*, tels qu'identifiés ci-dessus, correspondent à des mécanismes de défense. En tant que tels, ils constituent effectivement une indication importante d'un niveau d'implication personnelle du "patient" dans les relations qu'il tisse au sein de la *Salle d'Accueil*. Méthodologiquement cependant, cette

typologie se présente sous la forme d'une structure relativement stricte, linéaire et hiérarchique, qui s'accommode mal de la structure plus souple et plus complexe de la modélisation en positions proposée pour *"la grille"*.

Par exemple, nous avons signalé que la notion de *position* visait la relation entre l'intervenant et le patient. La *Salle d'Accueil* constituant un lieu de vie collectif, les modes d'utilisation du temps de vie dans ce lieu sont certes autant de mécanismes de défense et de conduites relationnelles. Mais il ne s'agit pas d'un lieu fermé où ces conduites seraient observées de l'extérieur, à l'instar d'un mauvais "big brother". Les intervenants, et au premier chef les membres de *l'Equipe Accueil*, séjournent également dans la *Salle d'Accueil* et sont impliqués dans son tissu relationnel. La question qui se pose donc concerne l'impact des intervenants sur le tissu relationnel et l'utilisation du temps qui est faite en *Salle d'Accueil* par les "patients". En d'autres termes, évoquer les modes d'utilisation du temps dans la *Salle d'Accueil*, comme si celle-ci n'était pas *encadrée* par des intervenants, c'est oublier que ceux-ci prennent activement part à ce tissu relationnel, et que leur objectif est même d'orienter la construction de ce dernier. A moins que les modes d'utilisation du temps de l'accueil par les "patients", ne répondent précisément aux mécanismes de défense, peut-être inconscients, utilisés par les intervenants eux-mêmes pour structurer leur emploi du temps dans la *Salle d'Accueil*…

Cette dernière hypothèse nous permet d'introduire une notion controversée : le *toxicomimétisme*. Par ce terme, nous visons un ensemble de conduites, attitudes, comportements, etc. des intervenants, voire de l'institution, qui de manière explicite ou latente, tendent à reproduire des conduites, attitudes, comportements, etc. des "patients", conduites pourtant considérées comme autant d'éléments de la problématique à résoudre. Au cours de la recherche, nous avons perçu des tendances au *"toxicomimétisme"* dans différents contextes :

- lorsque les intervenants ont un discours sur les "patients" et sur la toxicomanie centré uniquement sur les produits — en tant qu'unique problème, en tant qu'unique solution, en tant qu'identifiant du patient, ou du rôle de l'intervenant…
- lorsque les intervenants utilisent les mêmes mécanismes de défense et les mêmes ressources relationnelles que leurs "patients" : discours défensif ou justificateur, absence d'implication dans la relation, confusion des rôles ou déstructuration du cadre…
- lorsque les intervenants refusent de "prendre leur place" dans la relation en tant qu'intervenants, notamment à l'aide du soutien que constitue le cadre thérapeutique, lui-même conséquence de l'institutionnalisation ;
- donc également, lorsque les intervenants tendent à dissimuler le cadre ou l'institution au profit d'une certaine facilitation du contact. De manière générale, lorsque les intervenants essaient d'avoir une apparence proche de celle des patients (mimétisme au sens littéral du terme), voire lorsque des intervenants endossent un rôle de "porte-parole" des patients auprès d'autres intervenants (par exemple, quand un intervenant de l'accueil intercède auprès d'un médecin pour des problèmes d'accès à des médicaments)…
- Le *"parangon"*, ou exemple ultime, de cette dérive pourrait bien être représenté par un aspect du recours aux bénévoles. Ceux-ci sont des non-professionnels qui passent parfois un temps important dans la *Salle d'Accueil*, auxquels l'équipe attribue un rôle de "représentant de la société civile", et qui, par une distanciation affective supposée plus

faible, faciliterait l'accès et l'accueil. Dans un contexte où le statut de l'institutionnalisation ne va pas de soi –Cf. Supra–, la distance entre patients, bénévoles et intervenants se réduit encore, surtout au niveau de la perception que peuvent en avoir les patients[109].

L'écueil du *toxicomimétisme* pose donc une question primordiale pour une approche "à bas seuil" des problématiques d'assuétude. Car en effet, du côté des "patients", la "distance" relationnelle qu'ils ressentent entre les intervenants en toxicomanie et eux est très souvent, de leur part, un facteur de rejet des programmes de soins[110]. Dès lors, comment augmenter l'accessibilité à ces programmes, faciliter l'entrée en contact et le maintien du contact, gérer un lieu de vie, tout en maintenant une "distance", considérée comme nécessaire d'un point de vue thérapeutique, mais facteur de rejet de la part des patients ? Une fois encore, la question qui est posée ici est celle du cadre et de l'institutionnalisation.

2.2.2. UN CADRE SOCIO-SANITAIRE, LA *"RECONNAISSANCE MUTUELLE"* :

- MASS aux frontières de l'intervention thérapeutique : pas de cadre thérapeutique reconnu d'emblée par le "patient". Donc, la reconnaissance de la relation thérapeute-patient dans un contexte institutionnel doit être travaillée.
- Travail de la *"reconnaissance mutuelle"* = spécificité des MASS : se situe, au moins partiellement, en amont d'un cadre thérapeutique (du côté de la perception du "patient"). Il ne s'agit pas tant de dissimuler le cadre institutionnel pour faciliter l'accueil, que de le dévoiler afin de permettre au "patient" de se reconnaître en tant que tel, et de reconnaître l'intervenant dans son rôle.

La difficulté de définir un cadre thérapeutique pour *Diapason*, alors même que l'absence de points de repères cliniques rend un tel cadre indispensable, tient au fait que les MASS sont placées aux frontières de l'intervention thérapeutique — parce qu'aux confins de la demande. Tant dans l'analyse critique du *Projet MASS* qu'au cours du processus de recherche, nous avons ouvert la question de la multiplicité des objectifs dévolus aux MASS. Nous avons vu ainsi que les MASS ont à agir sur un plan thérapeutique avec les individus qui font appel à elles, mais également qu'on leur attribue un rôle de contrôle sur ces individus –ce qui se traduit en termes pédagogiques–, et qu'elles ont encore des objectifs vis-à-vis de la société, en termes de santé publique et de contrôle social (Cf. Supra).

Dans un *"service régulier de soins"*, le cadre thérapeutique peut être immédiatement appréhendé, réfléchi et défini dans la mesure où le cadre social dans lequel ledit service est placé le désigne d'emblée comme service thérapeutique. Par exemple, l'on peut discuter et argumenter sur la place de l'hôpital parmi la diversité des dispositifs thérapeutiques dont bénéficient nos sociétés contemporaines, mais le fait que l'hôpital soit par définition une institution dédiée aux soins ne fait de doute pour personne. Par conséquent, l'existence d'un cadre thérapeutique y est posée d'emblée : l'institution s'affiche en tant qu'institution de soins,

---

[109] Une campagne promotionnelle pour le bénévolat insiste sur cette question : *"Aujourd'hui en Belgique 1 500 000 personnes bénévoles* […] *sont actives dans les domaines très divers allant du social à la défense du patrimoine, de l'environnement au sport.* […] *La formation des bénévoles est d'une importance capitale car il s'agit, tout en étant volontaire, d'agir comme professionnel*". Cf. http://www.kbs-frb.be/fr/frlijst.html , *"Agir comme bénévole en professionnel"*, Appel à Projets n°1, Fondation Roi Baudouin, 1999

[110] Pour ces aspects, on se référera très utilement à : Jamoulle P. ; *Drogues de rue, récits et styles de vie,* De Boeck Université, "Oxalis", Bruxelles, 2000, pp. 180 et sq.
Les propos rapportés par P. Jamoulle dans cet ouvrage sont largement confirmés par les propos des participants aux *Focus Groups* que nous avons organisé dans le cadre de cette recherche.

les intervenants travaillent à l'aide de ce cadre, clairement défini par une littérature scientifique et une pratique de longue haleine, et se tiennent à ce cadre. Le patient est pour sa part reçu d'emblée en tant que patient –la plupart du temps, il se reconnaît spontanément comme tel–, sans interrogation ni préparation à ce statut : il est supposé venir avec une demande élaborée adressée à une institution bien identifiée[111]. Ainsi, la relation qui peut se nouer est immédiatement posée comme une relation thérapeute-patient dans un contexte institutionnel.

La situation des MASS à cet égard est loin d'être aussi évidente. Non seulement parce qu'on leur attribue des objectifs multiples, mais également parce que, même du seul point de vue thérapeutique, leur tâche consiste à inciter des personnes "en non-demande" thérapeutique à entrer dans un tel cadre. Le processus de prise en charge démarre donc en dehors d'un cadre thérapeutique, ou en tout cas, n'est pas reconnu comme tel d'emblée par le "patient".

Cela signifie que la définition de ce cadre passe au préalable par le positionnement de chaque MASS au sein du contexte social qui lui donne un sens. En l'absence de ce positionnement, la relation n'est pas d'emblée posée comme une relation thérapeute-patient dans un contexte institutionnel, elle doit être travaillée. Si l'une des parties en présence ne se reconnaît pas dans cette relation, c'est-à-dire si l'intervenant ne se reconnaît pas comme intervenant, ou si le patient ne se reconnaît pas comme patient ; ou encore si l'une des parties ne reconnaît pas l'autre dans son rôle, alors la relation thérapeutique est vouée à l'échec.

Cette hypothèse est particulièrement fructueuse, dans la mesure où elle permettrait d'expliquer le relatif échec de la prise en charge des patients toxicomanes dans les *"services réguliers de soins"*, notamment dans ceux qui n'ont pas fait de cette patientèle une spécialité — relatif échec dont la création des MASS est une conséquence. La situation particulière où l'on place les toxicomanies, aux frontières de la pathologie, de la criminalité, de la déviance sociale voire de la perversion morale ou de la contestation socio-culturelle[112], ne permet pas de les poser d'emblée dans un cadre thérapeutique. Par ailleurs, le plus souvent, la relation thérapeutique avec un patient toxicomane –et particulièrement celui visé par le *projet MASS* ("non-demandeur", marginalisé…)– est rarement reconnue comme telle. Soit que l'étiquette "toxicomane" est utilisée comme un "fourre-tout" pour les intervenants, ce qui les dispenserait d'approcher d'autres problématiques dissimulées "derrière" la consommation de produits (Cf. Supra). Soit qu'un certain moralisme tend à responsabiliser le toxicomane de sa condition, ce qui fait qu'il ne serait *"pas vraiment malade"*. Soit encore que le "patient" se méfie des intervenants dont il a l'impression que les motivations sont fausses (collusion avec la police et la Justice, par exemple). Soit enfin que le toxicomane ne se vit pas lui-même comme malade (Cf. Supra, stade de la *pré-contemplation* dans le modèle de Prochaska et Di Clemente).

Dans tous ces cas, un travail préalable à la relation thérapeutique, travail consistant à élaborer *la reconnaissance mutuelle* des parties de cette relation, semble une nécessité, qui n'est pourtant que rarement réalisée dans les *"services réguliers de soins"*. Telle pourrait être dès lors une spécificité des MASS en général. Cette hypothèse, issue des réflexions de l'un des

[111] A l'exception des cas de mise en observation, où la demande est le fait d'un tiers.

[112] Les intervenants cèdent parfois à la tentation de distinguer "les bons tox", c'est-à-dire ceux qui répondent à ce profil contestataire issu des années '60, versus "les mauvais tox", correspondant plutôt à la représentation actuelle du patient toxicomane aux co-morbidités psychiatriques associées. Ces derniers sont parfois décrits comme "beaucoup plus difficiles". Ces distinctions peuvent surprendre dans le contexte des MASS, où le public visé sont les toxicomanes les plus marginalisés, c'est-à-dire aussi ceux qui souffrent de telles pathologies croisées.

intervenants de *Diapason*, semble en tout cas avoir été admise comme un principe général de cette institution. Un tel travail *de reconnaissance mutuelle* des parties de la relation se situe, au moins partiellement, en amont d'un cadre thérapeutique. Mais quel est l'impact de ce travail sur le positionnement de *Diapason*, en tant qu'institution, vis-à-vis de la société ? Autrement dit, comment l'institution *Diapason* se saisit-elle des objectifs non-thérapeutiques assignés aux MASS ?

Si la rencontre entre l'intervenant et l'entrant se déroule partiellement en amont d'un cadre thérapeutique, il y a lieu de tenir compte de ce début de relation telle qu'elle peut être appréhendée par le "patient", c'est-à-dire dans son contexte social global, comme une rencontre entre deux individus. Rencontre pourtant asymétrique, puisque l'intervenant n'y agit pas en tant qu'individu autonome. En effet, l'intervenant n'est présent à la rencontre qu'en tant qu'intervenant. C'est lui qui constitue le germe du cadre thérapeutique : sa tâche consiste à le porter afin que l'entrant devienne un patient, qui se reconnaît comme tel et qui peut alors reconnaître l'intervenant dans son rôle, et non comme un simple individu. De sorte qu'il ne s'agit pas tant, comme l'on affirmé certains intervenants, de dissimuler le cadre institutionnel, qu'au contraire de le dévoiler afin de permettre à l'entrant d'y prendre sa place en tant que patient.

Reste que c'est à l'institution *Diapason* elle-même qu'il échoit de se positionner dans son contexte social afin de garantir à ses intervenants les moyens d'entamer leur travail à partir d'une position relationnelle inconfortable, où le patient ne se positionne pas lui-même d'emblée dans un cadre thérapeutique[113].

2.2.3. PROCESSUS DE CHANGEMENT ET PASSAGES DE POSITIONS :

- Processus de changement : inventaire d'éléments de psycho-dynamique décrivant le parcours des patients dans l'institution. Trois idéaux-types : indifférenciation relationnelle plus ou moins importante, reconnaissance réciproque de la relation, autonomisation ; décrits à travers les types de demandes, l'attitude du patient vis-à-vis de la souffrance, les relations objectales, les mécanismes de défense, les modes d'identification du patient, les types de frustration, les points focaux de la relation.
- Commentaires : Niveau d'implication de l'intervenant dans ces relations ? Rôle de l'intervenant sur les passages de positions relationnelles ?
- Hypothèse de la prépondérance du travail psychothérapeutique en tant que fondement des processus thérapeutiques à *Diapason*.

La *position d'accueil* n'est donc que partiellement inscrite dans le cadre thérapeutique général de l'institution *Diapason*. Cependant, si elle doit permettre le passage de la relation dans un tel cadre, c'est à la condition d'être replacée, en tant que position conceptuelle, au sein de l'ensemble du dispositif thérapeutique. C'est uniquement dans ce contexte que la *position d'accueil* –et la modalité de la *Salle d'Accueil*– peut avoir un sens dans un processus thérapeutique et ne se limite pas à un programme de charité humanitaire.

[113] Nous n'avons pas pu pousser au-delà la réflexion conceptuelle sur cette situation particulière. La *reconnaissance mutuelle* nous a été présentée comme une démarche de citoyenneté. La *reconnaissance mutuelle* consisterait donc en une déstigmatisation de l'identité partielle et abusive de toxicomane –à laquelle tant la société que la personne toxicomane concourent–, au profit d'un travail sur la *place* que la personne toxicomane ne parvient pas à trouver dans la société autrement que par le biais des produits et de la pseudo-identité qu'ils procurent. Cette hypothèse est parfaitement cohérente avec la volonté perçue à *Diapason* de ne pas limiter la "toxicomanie" à un problème de consommation de produits. Il semble assez clair que cette piste de réflexion est potentiellement fructueuse, et que l'institution *Diapason* aura à poursuivre au-delà du terme de cette recherche.

Le débat autour du rôle thérapeutique de la *position d'accueil* se cristallise par exemple lorsqu'on envisage d'ouvrir un comptoir d'échange de seringues dans les MASS[114]. Majoritairement, les intervenants des MASS admettent le bien fondé sanitaire de ces dispositifs, et reconnaissent qu'il pourrait s'avérer efficace en tant qu'interface d'*entrée en contact* et de *maintien du contact*. Pourtant, les mêmes intervenants considèrent également que cet échange ne devrait pas se dérouler dans les MASS, ou tout au moins dans les mêmes locaux, ou avec les mêmes intervenants. Selon eux, il peut s'avérer gênant pour un patient de venir chercher de la méthadone d'un côté et des seringues de l'autre.

Ce point de vue traduit cependant une limite : le rôle de la méthadone n'est perçu que dans ses aspects strictement thérapeutiques, sans prendre en compte la spécificité de celle-ci en *position d'accueil* (Cf. Supra). Soit cette limitation est dans le chef de l'intervenant, d'où l'importance d'un cadre institutionnel qui transcende les représentations individuelles des intervenants quant aux objectifs de l'institution. Soit il répercute la représentation du "patient", qui lui-même a probablement intégré dans sa représentation l'injonction sociale au sevrage et peut s'exprimer de la sorte par *désirabilité sociale* — Cf. Supra. De toute manière, cela signifie que l'intervenant n'a pas envisagé la possibilité de travailler le sens du traitement à la méthadone en *position d'accueil* avec ce dernier, et encore moins, malheureusement, de travailler avec l'appui du traitement à la méthadone — soit par absence de (perception du) cadre, voire par *toxicomimétisme*...

Jusqu'alors, nous avons plutôt intuitivement admis que le positionnement de la relation thérapeutique était fonction de l'élaboration plus ou moins complexe de celle-ci. Cette élaboration est elle-même liée au niveau d'implication personnelle du "patient" dans la relation, mesurée au travers de sa volonté et de sa capacité au *"changement"*. C'est sur cette base qu'une troisième ébauche de théorisation a été proposée par un intervenant de *Diapason*. Celle-ci ouvre des pistes en vue de formaliser un cadre thérapeutique au sein du dispositif socio-sanitaire visant *la reconnaissance mutuelle*. Il s'agit d'une tentative d'inventaire d'éléments qui décrivent les parcours de patients dans l'institution, et que l'on peut schématiser comme suit :

[114] Les MASS de Mons et de Charleroi ont toute deux envisagé cette possibilité indépendamment de la recherche-évaluation. Toutes deux l'on également rejeté, en tout cas en tant que dispositif au sein de la MASS.

⟶ *Processus de changement* ⟶			
↓ Intitulés[115]	**Indifférenciation relationnelle ± importante**	**Reconnaissance réciproque de la relation**	**Autonomisation**
Types de demandes	• Demandes de moyens, de solutions • Expression brute des besoins	Emergence d'une demande claire dans la relation	• Prise de distance • Passage de la demande à la réalisation de projets
Attitudes vis-à-vis de la souffrance	Mise à distance de la souffrance	Reconnaissance et expression d'une souffrance	Elaboration de la souffrance
Relation objectale	Personnes inter-changeables : un médecin en remplace un autre, un accueillant en remplace un autre	• Importance d'un référent, personne unique • Vécu émotionnel dans le rapport au référent • Position de l'intervenant idéalisée	• Intervenant = aide "limitée" • Prise de conscience de ses possibilités et de ses limites
Mécanismes de défense	Processus d'évacuation/ rétention	Processus d'introjection/ projection	—
identification du patient	Identification au produit	Identification à l'autre idéalisé	Emergence d'un "soi" décontaminé
Type de frustration	Bas seuil de frustration, parfois proche de l'intolérance	La frustration vient re-questionner la relation en tant que limite	Dépassement de la frustration Frustration = moteur de changement, recherche de solutions
Point focal de la relation	Résolution du problème : un produit, un médicament (méthadone)…	La parole de l'autre à laquelle je m'identifie	Confronter sa parole à celle de l'autre

Les trois colonnes désignent trois niveaux qualitatifs de la relation thérapeutique, cristallisés en "idéaux-type", à l'instar des trois positions de "la grille"[116]. Ces trois niveaux de

[115] Les intitulés, en gras dans le tableau, ont été proposés par les chercheurs. Mis à part cela, cette grille est reproduite ici telle qu'elle nous l'a été présentée.

[116] Il est donc tentant d'essayer de superposer ces deux modèles. Nous allons pourtant voir qu'ils ne correspondent pas.

qualité dans la relation thérapeutique sont hiérarchisés, et indiquent assez clairement les objectifs visés par l'institution en termes relationnels : en effet, la première colonne, qui désigne une *"indifférenciation relationnelle plus ou moins importante"* indique une situation dans laquelle le "patient" est plutôt absent aux relations sociales. Ses "demandes" expriment des besoins (Cf. Supra), et appellent des solutions rapides et instrumentalisées, c'est-à-dire centrées sur des objets –comme les produits– et non sur des compromis et / ou des accords négociés en relation à d'autres individus. La souffrance du patient –*"celui qui souffre"*– est mise à distance. Les relations aux intervenants, également instrumentalisées, sont interchangeables — l'objet de la relation n'étant pas l'*Autre*, mais ce qu'il détient. Autrement dit, le "point focal" de la relation est également le produit, ou l'instrument technique qui permettra la résolution d'un problème. Enfin, le "patient" construit son identité au travers de "son produit".

Au fur et à mesure que l'on se déplace vers la droite dans le tableau, la relation devient plus présente et se substitue aux attitudes instrumentales centrées sur des produits et des solutions techniques. Les problèmes s'atténuent également pour laisser place à la relation elle-même. Dans la deuxième colonne, dite de *"reconnaissance réciproque de la relation"*, cette dernière devient à la fois la source des problématiques abordées et la ressource mobilisée en vue de les résoudre. La parole se substitue aux solutions instrumentales, le "patient" construit désormais son identification sur l'autre de la relation plutôt que sur le produit. Enfin, dans la troisième colonne, la relation tend à *"l'autonomisation"* du patient, celui-ci ayant désormais la possibilité de s'appuyer sur son intériorisation de ses capacités relationnelles pour se confronter à ses souffrances –qu'il peut élaborer–, à ses possibilités et limites relationnelles, à son identité, à ses frustrations et à la parole des autres. Comme les deux ébauches précédentes, celle-ci nous apporte un certain nombre d'éléments importants et appelle par ailleurs quelques commentaires.

Bien qu'elle soit intitulée *"processus de changement"*, cette modélisation n'a pas une forme dynamique : elle décrit trois états, extraits d'un continuum de situations relationnelles, et ne se centre pas sur les passages possibles entre ces trois états. Ces états de la situation relationnelle sont décrits au moyen d'éléments issus de la dynamique psychologique. Une question importante concerne le statut accordé par l'institution *Diapason* à ces situations relationnelles, et surtout aux changements / passages de situations.

"La grille" a pour objectif de permettre une formalisation des processus de prise en charge à partir de l'observation des situations réelles rencontrées et des discours des intervenants sur leur travail. En revanche, la modélisation des *"processus de changement"* se base plutôt sur un effet recherché des processus de prise en charge. A ce titre, l'orientation du modèle étant clairement psychothérapeutique, l'on pourrait supposer qu'*in fine*, tout le dispositif de *Diapason* est orienté prioritairement sur le travail psychothérapeutique. C'est en ce sens qu'il faudrait alors entendre le *"changement"* comme finalité. Bien que cette assertion n'ait pas été explicitement actée au cours de la recherche, nous pouvons légitimement souligner, au travers de nos observations, la prépondérance de ce mode d'approche dans le dispositif de *Diapason*[117].

En outre, alors que les positions de la "grille" visent les relations entre les patients *et* les intervenants –ceux-ci sont inclus dans la modélisation–, les situations relationnelles décrites dans les *"processus de changement"* visent la relation telle que le "patient" la vit à travers

[117] De la même manière que nous avons souligné la prépondérance du point de vue médical dans d'autres contextes, par exemple dans le *Projet MASS* lui-même.

l'interprétation de l'intervenant. Ces différences méthodologiques empêchent donc d'opérer une superposition des situations relationnelles de cette modélisation avec les positions de la "grille".

Il n'empêche que, si *Diapason* admet la prépondérance de l'approche psychothérapeutique dans son dispositif global, l'ébauche de modélisation des *"processus de changement"* apporte des éléments importants pour la définition du cadre thérapeutique de l'institution. Encore faut-il tenir compte des éléments spécifiques des MASS, et de *Diapason* en particulier, que nous avons décrits ci-dessus, et que nous rappelons ici : les relations entre patients et intervenants ne situent pas d'emblée dans un cadre thérapeutique, une part du travail consiste précisément à les y amener, ce qui oblige l'institution à formaliser un cadre social au sein duquel le cadre thérapeutique peut prendre sa place. L'hypothèse de la *"reconnaissance mutuelle"* semble fructueuse pour la définition de ce cadre social. Elle est cependant insuffisante pour donner un sens thérapeutique à la *position d'accueil*. Si, dans cette position et au moyen de la *Salle d'accueil*, la "rue est entrée dans les bâtiments", il reste à s'en saisir dans l'institution. Les éléments des *"processus de changement"* pourraient donc constituer des points de repère pour la formalisation du cadre thérapeutique, tâche que *Diapason* doit encore réaliser.

2.3. La position d'élaboration de la relation thérapeutique

La position d'*élaboration de la relation thérapeutique* avait été définie intuitivement –à partir des discours des intervenants sur le rôle de la *Salle d'Accueil*, Cf. Supra– comme une position intermédiaire entre la *position d'accueil*, où le patient serait en "non-demande", et la position *d'accompagnement de la relation thérapeutique*, où le patient aurait été en "demande" d'un processus thérapeutique effectif. Ainsi, en tant que position intermédiaire, elle semblait assez inconfortable pour les intervenants, et difficile à cerner. Par ailleurs, dans le discours des intervenants de *Diapason*, elle se présentait souvent comme un refuge sécurisant vis-à-vis d'une *position d'accueil* où le travail *"le plus difficile"* ou *"le moins gratifiant"* était effectué. On la décrivait à ce moment comme désignant les relations avec les patients qui ont déjà une certaine connaissance de l'institution, qui ont déjà des relations privilégiées avec certains intervenants –notamment leur médecin–, qui éventuellement seraient disposés à participer à des activités organisées par *Diapason*, sans pour autant vouloir entrer dans un processus thérapeutique plus approfondi. Cette vision générale a pu faire dire à certains intervenants, –notamment les médecins, à nouveau–, que la *position d'accueil* se déroulait dans la *Salle d'Accueil*, et qu'eux mêmes intervenaient plutôt en *position d'élaboration*, voire en *position d'accompagnement*[118]. Lors du complètement de la "grille", la *position d'élaboration* a été peu abordée, sauf en ce qui concerne les paramètres de *point de vue des intervenants sur les patients*.

Au moment d'aborder de manière plus détaillée la *position d'élaboration de la relation thérapeutique,* il était important de rappeler le point de départ de cette notion. Les nombreux apports de la recherche à la compréhension de la *position d'accueil* vont maintenant nous

[118] Nous utiliserons parfois les locutions raccourcies de *"position d'élaboration"* et de *"position d'accompagnement"*, bien qu'il faudra entendre à chaque fois *"élaboration de la relation thérapeutique"* et *"accompagnement de la relation thérapeutique vers…"*, sans quoi la notion même de position perd son sens dynamique et son utilité pour comprendre le mode de fonctionnement dans lequel la relation se vit.

permettre d'orienter notre lecture de la *position d'élaboration* dans une perspective, comme nous allons le voir, assez différente de ce qu'elle était au départ.

2.3.1. LE PATIENT ET L'ÉLABORATION DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE :

- Comportement du patient qualifié d'actif, mentalisé ou représenté mentalement. Attitude dite plus participative, son *attitude de curiosité* est stimulée. Le temps de la *"reconnaissance"* est passé, le patient vient désormais en *"connaissance"* (en connaissance de cause, voire en "vieille connaissance"). Le patient formule des demandes dites "utilisables", notamment des *"demandes patentes liées à la rencontre d'un intervenant spécifique"*. *Demandes patentes* exprimant un *besoin d'autonomie et d'initiative* et un *besoin d'affiliation* (Maslow).
- *Questions :* comment parvient-on à ce que la relation thérapeutique soit suffisamment élaborée ? Quelle est l'implication de l'intervenant dans l'évolution de la relation jusqu'à ce point ?
- La *position d'élaboration* ne peut se confondre avec un lieu de l'institution ou une équipe particulière. Les éléments relationnels qui font qu'une relation bascule d'une position à une autre sont fournis par l'intervenant, dans l'interaction qu'il peut avoir avec ce qu'il observe chez le patient. Ce qui peut expliquer les diversités de points de vue à propos d'un même patient –contradictoires–, lors des réunions de *"staff"*. Le travail en *position d'équipe* consiste à comprendre et à intégrer ces *"oscillations de positions"*, pour mieux saisir la dynamique propre du patient.

La *position d'élaboration thérapeutique* a surtout été abordée directement, à l'aide de la "grille", à propos des patients. Les éléments repris à propos de cette *position* semblent avoir été énoncés par contraste avec ce qui a été répertorié à leur propos en *position d'accueil*. Ainsi, le comportement du patient, dans cette position, a-t-il été qualifié d'actif et mentalisé. Il tend à avoir une attitude plus participative, son *attitude de curiosité* (Cf. Supra) est stimulée, même s'il connaît encore des moments de fuite. Le temps de la *"reconnaissance"* est passé, le patient vient désormais en *"connaissance"* (en connaissance de cause, voire en "vieille connaissance"). Le patient en *position d'élaboration de la relation thérapeutique* formule des demandes dites "utilisables", notamment des *"demandes patentes liées à la rencontre d'un intervenant spécifique"* (Cf. Supra). Si l'on se réfère à nouveau à la *théorie des besoins* (Maslow, Cf. Supra), les *demandes patentes*, dans cette position, exprimeraient un *besoin d'autonomie et d'initiative* et un *besoin d'affiliation*[119].

Ces quelques éléments visant le patient avec lequel les intervenants auraient une relation en *position d'élaboration* correspondent assez bien avec les éléments qui étaient inventoriés dans l'ébauche des *"processus de changement"*, lorsque la relation a atteint son niveau de *"reconnaissance réciproque"* (Cf. Supra). On pourrait donc dire que la relation thérapeutique sera suffisamment élaborée –pour progresser dans le processus de prise en charge– lorsqu'elle aura permis d'atteindre les caractéristiques reprises ci-dessus.

Tous ces éléments résultent cependant d'une lecture statique de la modélisation en positions, et orientée sur une observation des patients, plutôt qu'une lecture dynamique de cette modélisation, qui inclurait les intervenants dans le modèle. C'est en effet oublier que la relation évolue au travers des intervenants, et par la gestion qu'en font ces derniers. Dès lors, la question est : comment parvient-on à ce que la relation thérapeutique soit, à un certain moment, suffisamment élaborée ? Autrement dit encore, quelle est l'implication de l'intervenant dans l'évolution de la relation jusqu'à ce point ?

[119] Besoin d'association avec le thérapeute ou les intervenants, et même repositionnement –refiliation– dans un lien familial d'origine et / ou créé.

Il n'est donc pas inutile de rappeler, une fois encore, ce qu'implique la notion de *position* : elle vise la relation intervenant / patient –elle est le résultat de l'interaction entre le patient et les intervenants, donc des positions différentes sont possibles simultanément selon l'intervenant concerné–, et elle permet une lecture dynamique du modèle dans la mesure où elle ne se confond pas avec les logiques linéaires des notions de "stade" ou de "phase" — pas de passage obligé dans un sens précis d'une position à une autre, pas de "progression" ou de "régression" dans ces passages (Cf. Supra).

Dans une telle logique, il est impossible de considérer de manière stricte qu'un intervenant agit surtout dans telle position et qu'un autre intervenant agit surtout dans une autre. De même que la *position d'accueil* désigne une situation relationnelle, qui ne se confond pas avec la *Salle d'Accueil* –même si c'est dans ce lieu où elle se déroulera le plus souvent–, ni avec l'*Equipe Accueil* –même si les intervenants de cette équipe sont en première ligne pour cette position relationnelle– ; de même, la *position d'élaboration* ne peut se confondre avec un lieu de l'institution ou une équipe particulière. Les éléments relationnels qui font qu'une relation bascule d'une position à une autre sont fournis par l'intervenant, dans l'interaction qu'il peut avoir avec ce qu'il observe chez le patient. Ceci peut expliquer aussi les diversités de points de vue, le plus souvent perçues comme contradictoires, lors des réunions de *"staff"*[120], lorsque l'équipe tente la synthèse d'un "cas". Chaque intervenant défendra *mordicus* ce qu'il aura détecté dans sa relation au patient, et il aura peut-être le sentiment d'avoir mal travaillé si l'écart entre sa perception et celle des autres s'avère trop important. Le travail de l'équipe, en *position d'équipe* –Cf. Infra– consiste précisément à comprendre et à intégrer ces *"oscillations de positions"*, pour mieux saisir la dynamique propre du patient.

2.3.2. LE MÉDECIN, LA MÉTHADONE ET LA *POSITION D'ÉLABORATION* :

- La place du médecin est particulière, puisque l'accès au produit dépend de lui, et que cette compétence spécifique l'identifie en tant que médecin. Or il s'agit, en position d'élaboration, de défocaliser le centre de la relation du produit vers les problématiques personnelles. A chaque nouvelle rencontre visant l'approvisionnement en méthadone, le médecin aura à déterminer où le patient se situe dans sa propre dynamique pour mesurer les objectifs qu'il cherche à atteindre dans chaque prescription de méthadone : maintenir le contact, ou favoriser l'implication personnelle.

Ce qui vient d'être dit peut s'illustrer assez aisément par l'exemple de la place des médecins dans le processus relationnel. Nous avons vu, lors de l'examen de la *position d'accueil*, que la méthadone y joue un rôle spécifique. En effet, la demande de méthadone est une demande d'*accès à l'accueil* privilégiée — la méthadone constituant l'*image de marque* des MASS, et de *Diapason* en particulier, du point de vue des patients. Outre les objectifs classiques des traitements de substitution à la méthadone, nous avons vu qu'en *position d'accueil*, ils répondent également à un objectif spécifique de *maintien du contact*. Dans ce cadre, le *produit* médiatise les relations, entre patients et intervenants, et entre intervenants à propos des patients. Les relations peuvent s'en trouver, momentanément du moins, instrumentalisées. Ensuite, en *position d'élaboration*, le produit n'est plus le *point focal* de la relation. Certes, il continue d'être un soutien au *maintien du contact*, mais c'est précisément parce que son approvisionnement –ou son absence d'approvisionnement– n'est plus en question que la relation peut se focaliser sur autre chose.

[120] Réunions d'équipe

"[…] *Même si le toxicomane prétend se taire, notamment à l'apogée de son ivresse ou de son coma, il parle en d'autres occasions : pour se plaindre, pour se défendre en justice voire, au minimum, pour demander son accès au produit. Si le thérapeute veut bien avoir la décence de respecter cette parole-là, de la tenir pour fondée, de l'accueillir sans la dévaloriser, sans être lui-même déçu d'une parole apparemment si prosaïque, il lui sera possible d'y découvrir des sous-entendus, des malentendus. Il y entendra des divisions subjectives qu'il ignorait et qu'il s'agit de traiter dans le champ de la parole, et pas seulement dans le champ de la réponse, médicale ou sociale.* […] *On nous dit qu'ils veulent, qu'ils ont besoin de méthadone, que dès lors tout ira bien ? Eh bien qu'ils en reçoivent ! Et voyons voir ce qu'il advient de leurs plaintes, de celles qui antérieurement étaient toutes attribuées à la drogue, soit parce qu'ils en prenaient, soit parce qu'ils n'en prenaient pas. Or voilà qu'ils continuent à se plaindre, à demander de l'aide ou à chercher à comprendre. Et plus question d'incriminer systématiquement les drogues comme cause. Reste alors à chercher ce qui cause leur tourment. La place du psychanalyste est chauffée, pour autant que le médecin prescripteur, le travailleur social ou le parent ne s'ingénie pas à éteindre la plainte par sa gratifiante sollicitude : un petit somnifère par-ci, une allocation par-là, et revoilà promptement le toxicomane objet de soins, et non sujet du désordre qu'il dénonce et qui le divise"*[121].

Ce sont les intervenants qui peuvent, par leur travail, faire se déplacer ce point focal de la relation du produit vers autre chose, comme les liens sociaux ou inter-personnels. Ainsi, après une période de *"reconnaissance"*, où le patient a pris l'habitude des lieux et des personnes, qu'il s'est fait une idée de ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, de qui est plus "gentil" et qui est plus "méchant", plus souple ou plus strict, etc. peut commencer un travail relationnel où le produit, par son omniprésence, est relégué à l'arrière-plan : il fait partie du décor. D'un jour à l'autre, d'un intervenant à un autre, d'un lieu à un autre, la position relationnelle vis-à-vis d'un même patient peut changer, chaque intervenant est amené à l'évaluer de manière permanente, afin d'à chaque fois faciliter l'approfondissement de l'élaboration de la relation.

Cependant, vis-à-vis de la "place du produit" dans la relation, la place du médecin est particulière, puisque l'accès au produit dépend de lui, et que cette compétence spécifique l'identifie en tant que médecin[122]. A chaque nouvelle rencontre visant l'approvisionnement en méthadone, le médecin aura à déterminer où le patient se situe dans sa propre dynamique, avec le soutien des autres intervenants. Il devra s'impliquer dans la relation en vue de la ramener dans un processus d'élaboration. Et fonction de cela, il pourra mesurer les objectifs qu'il cherche à atteindre dans chaque prescription de méthadone : maintenir le contact, ou favoriser l'implication personnelle.

Certes, ce qui vient d'être dit à propos du médecin et à propos de la place du produit peut être redit à propos de tous les autres éléments entrant dans la relation et à propos de tous les intervenants. Ainsi, un patient arrivant un matin après une nuit agitée, qui souhaite se reposer au chaud dans la *Salle d'Accueil*, quel qu'ait été son parcours préalable dans ses contacts

---

[121] Jacques J.P. ; *Pour en finir avec les toxicomanies, psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, De Boeck & Larcier, "Oxalis", Bruxelles, 1999, pp. 168-170.

[122] A ce titre un médecin de *Diapason* a dit : *"Je perçois qu'il y a un progrès quand je sens que la méthadone que je prescris n'est plus prise comme un produit mais bien comme un médicament. Je n'ai plus, alors, l'impression d'être un dealer"*. Ce qui démontre, si besoin en était, qu'un médicament est plus qu'un produit chimique, c'est aussi un produit de la prescription et du sens que lui donne le médecin. Or, ce sens dépend de la relation qu'il peut avoir avec le patient. Au sujet du sens que revêt un produit, on se référera utilement à : Pignarre P. ; *Les deux médecines : médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995

avec l'institution, n'est certes pas en mesure d'avoir une relation très élaborée. En tout logique, on lui permettra de s'installer et on le laissera tranquille. Les membres de l'*Equipe Accueil* auront ensuite à reprendre le processus d'élaboration, notamment en l'interpellant sur le sens qu'il peut donner à ces événements dont il est venu faire témoigner les intervenants.

2.3.3. ELABORATION DE LA RELATION ET REMISE EN CAUSE DE LA *POSITION D'ACCUEIL* :

- Un "saut qualitatif" de la relation semble être observé lors de la remise en cause par le patient de ce qui a constitué pour lui la *position d'accueil*, notamment : le *"leurre"* des premières demandes, et le rôle des produits au travers du traitement de substitution à la méthadone.

Il n'a pas été possible de formaliser avec exactitude les indices et critères relationnels qui permettraient de savoir à partir de quoi ou de quand la relation thérapeutique pourrait passer d'une position à une autre, ni au travers des attitudes du patient, ni au travers du savoir-faire de l'intervenant — nous croyons d'ailleurs qu'une telle formalisation est impossible, bien qu'il soit sans doute possible d'élaborer des lignes directrices[123]. Toutefois, une piste importante a pu être retenue : un "saut qualitatif" de la relation semble être observé lors de la remise en cause, par le patient, de ce qui a constitué pour lui la *position d'accueil*[124]. Deux éléments sont principalement visés : le *"leurre"* des premières demandes, et le rôle des produits au travers du traitement de substitution à la méthadone.

Les premières demandes *–en position d'accueil–* ont largement été décrites comme consommatoires, instrumentalisées, avec peu d'implication personnelle, peu motivées, répondant à des besoins primaires, voire construites pour s'affranchir de ces besoins. En ce qui concerne le produit, nous avons vu que les relations étaient médiatisées au travers de lui, et que la méthadone constituait à cet égard un élément prioritaire du maintien des contacts. Le travail d'*élaboration de la relation*, exercé par l'ensemble des intervenants, chacun dans son domaine privilégié, permet à un certain moment au patient de prendre conscience lui-même de cette image, et dès lors de s'en affranchir…

---

[123] L'objectif premier de cette recherche n'était pas d'élaborer ces questions cliniques jusqu'à ce point de détail. En tant que recherche-action, il était légitime de poser la question afin que les équipes des MASS s'en saisissent pour y répondre. Cependant, le partenariat de recherche s'est conclu par une constat commun (équipes des MASS et chercheurs) de la nécessité d'une continuation du travail de clarification des processus cliniques comme objet d'une recherche ultérieure. Il serait par exemple fort utile de soutenir financièrement une démarche de recherche et de formation continue dans le cadre d'un comité scientifique d'accompagnement de la MASS. En outre, il a été décidé, entre chercheurs et équipe de *Diapason*, d'organiser ensemble une formation interactive –sur base de jeux de rôles et de discussions de réflexion–, pendant un nombre restreint de séances au-delà du terme de cette recherche, sur les concepts mis à jour au cours de celle-ci. Cette formation constituera l'aboutissement logique de la recherche-action, en donnant à l'ensemble de l'équipe les moyens de se réapproprier les concepts et de mettre en place les pratiques cliniques qui en découlent.

[124] De manière générale, cette question est évoquée dans la littérature sans réponse définitive. La multicausalité et la non-linéarité des processus de changement sont cependant très largement évoquées sous une appelation ou l'autre. Cf. Miermont J. ; *Psychothérapies contemporaines*, L'Harmatan, coll. "Psychologiques", Paris, 2000

2.4. La position d'accompagnement de la relation thérapeutique vers…

Nous avons vu que les MASS sont généralement décrites comme des institutions *"à bas seuil"*, cette expression étant construite par référence aux autres institutions de soins. Nous avons vu également, au travers du *Projet MASS*, que l'objectif global des MASS consiste à stimuler l'entrée des patients dans des processus de *"traitement effectif"* des toxicomanies, en transférant ces patients, *"dès que possible"*, vers les *"services réguliers de soins"*. Enfin, nous avons mentionné les mécanismes financiers des MASS, construits sur une échelle de temps relativement brève (conventions valables 6 mois, renouvelables).

On peut donc en déduire l'importance du transfèrement des patients en tant qu'objectif spécifique dévolu aux MASS. Cependant, nous avons constaté aussi que cette notion de transfèrement des patients est souvent considérée par les intervenants comme impraticable, notamment au moment où il s'agirait d'entamer –enfin– un *"vrai travail thérapeutique"* après une période plus ou moins longue d'accueil et d'élaboration de la relation, de reconnaissance mutuelle, etc.

Tout ces éléments sont issus d'une définition intuitive de la *position d'accompagnement de la relation thérapeutique vers…*, telle qu'elle a été échafaudée lors de la construction de la "grille". La *position d'accompagnement* était alors assimilée à un stade évolué de la relation thérapeutique, où le travail approfondi aurait permis d'envisager la possibilité d'un transfèrement du patient vers d'autres services. *"C'est une position théorique, car nous ne sommes encore jamais arrivés à ce point"*, nous avaient alors signalé les représentants de *Diapason*[125].

L'ébauche de théorisation que nous avons présentée quant aux autres *positions* nous permet maintenant de mettre cette *position d'accompagnement* dans une perspective plus dynamique.

2.4.1. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT VERS… TOUTES LES SORTIES :

- Relation thérapeutique en *position d'accompagnement de la relation thérapeutique vers…* dès qu'il est question que le patient cesse de fréquenter *Diapason* : transfèrement "en bonne et due forme", mais aussi situations où la prise en charge se termine de manière prématurée.
- De même que la *position d'accueil* s'ancre sur l'idée d'un nécessaire travail de reconnaissance préalable à une élaboration de la relation thérapeutique, de même, la terminaison de la relation thérapeutique doit être préparée pour prendre un sens dans le parcours du patient. C'est ce travail que vise la *position d'accompagnement*.
- Hypothèse : *l'accompagnement de la relation thérapeutique* vers la "sortie" du patient hors de l'institution est autant une spécificité de la notion de "bas seuil" que le *travail d'accueil*

Il nous faut, une fois encore, réitérer nos remarques sur les spécificités de la notion de position (Cf. Supra), visant la relation dont l'intervenant est partie intégrante, d'une part, et comprise comme une évaluation permanente, d'autre part. En d'autres termes, la relation entre un patient et un intervenant se retrouve en *position d'accompagnement de la relation thérapeutique vers…* dès lors que la situation relationnelle porte sur l'éventuelle "sortie" du patient, c'est-à-dire dès qu'il est question que le patient cesse de fréquenter *Diapason*.

Dans une lecture statique et linéaire de la question, cette sortie n'est envisagée qu'à la fin d'un long processus, en tant que transfèrement "en bonne et due forme" : ce qui est visé

[125] L'expression est intéressante, puisqu'elle met en avant la trop courte expérience de *Diapason* pour avoir rencontré des "fins de prise en charge", mais également l'absence de prise en compte, jusqu'alors, de la nécessité d'envisager dès le départ, pour chaque patient, les conditions de la fin de leur prise en charge à *Diapason*.

comme idéal impraticable par un grand nombre d'intervenants. Il faut cependant tenir compte de toutes les situations où la prise en charge se termine de manière, en apparence, prématurée : parce que le patient disparaît sans donner de nouvelles, parce que le patient commet des actes qui mettent à mal le bon fonctionnement de l'institution et qui, classiquement, sont sanctionnés par une exclusion –temporaire ou définitive–, parce que le patient décide d'aller voir ailleurs de son propre chef pour réapparaître quelques mois ou quelques semaines plus tard… Or, en ce qui concerne *Diapason*, de même que la *position d'accueil* s'ancre sur l'idée d'un nécessaire travail de reconnaissance préalable à une élaboration de la relation thérapeutique, de même, la terminaison de la relation thérapeutique –quel que soit la raison de cette terminaison et que celle-ci soit provisoire ou définitive–, doit être préparée, afin qu'elle aussi prenne un sens dans le parcours du patient. C'est ce travail que vise la *position d'accompagnement*, et que nous allons décrire ci-dessous dans quelques situations où il a été possible de la distinguer. On pourrait poser comme hypothèse que *l'accompagnement de la relation thérapeutique* est autant une spécificité de la notion de "bas seuil" telle que développée à Charleroi, que le travail d'accueil. Elle en serait indissociable : l'*"accrochage"* initial amène le *"décrochage"* final. On en revient ainsi, dans une lecture psychanalytique, à la notion de deuil qu'impliquent l'un et l'autre moment. Mais, en ce qui concerne les intervenants de *Diapason*, le deuil forcé par l'objectif de transfèrement du patient représente, à leurs yeux, un empêchement à leur participation au travail le plus valorisé.

2.4.2. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT ET SORTIE SOUS FORME DE SANCTION NÉGATIVE[126] :

- Quelles sanctions disciplinaires peuvent être prises dans un contexte "à bas seuil", visant les personnes exclues des soins ?
- *"la transgression des règles fait partie de la problématique des toxicomanes. On doit élaborer des règles en sachant qu'elles seront transgressées, on doit s'en saisir pour interpeller le patient sur le sens de cette transgression, qui est encore l'expression d'une demande. Et s'il faut prendre une sanction, il faut qu'on soit capable de la faire respecter, sinon elle ne peut pas faire sens".*
- La *position d'accompagnement* se déploie si l'on travaille le sens de la sanction avec le patient (pas d'interruption de la relation *sans autre forme de procès*). Parfois, travail supplémentaire de clarification vis-à-vis d'autres patients. Le *travail d'accompagnement* permet d'éviter de rigidifier la sanction et le cadre (le travail d'accompagnement fait sens aussi pour l'intervenant).

La question de la sanction est une question fondamentale dans le cadre d'un service dont la mission est précisément de s'adresser à des personnes *"exclues des services de soins"*. Dans une logique de "bas seuil", on ne peut pas non plus poser des exigences à l'entrée telles qu'un patient faisant partie du public-cible se verrait refuser l'entrée. On ne peut pas pourtant exiger du personnel des MASS qu'il subisse toutes les agressions verbales et physiques sans broncher, ni qu'il travaille dans des conditions telles que leur travail d'accueil soit impossible. Comment dépasser cette contradiction ?

Il n'est pas inutile d'attirer à nouveau l'attention sur l'importance de la définition d'un cadre social et thérapeutique, telle qu'ébauchée plus tôt, et d'insister sur le fait que seule l'équipe est légitimée à définir et à porter ce cadre — Cf. Infra. C'est toujours l'élaboration de la relation thérapeutique qui est censée guider l'intervenant, même lorsqu'il se voit contraint de rappeler les règles, voire de prendre des sanctions en vue de maintenir le cadre. Comme nous

[126] Une sanction n'est pas forcément négative. Dans le paragraphe qui suit, toutefois, nous utilisons le terme de "sanction" au sens de punition.

l'a dit un des intervenants de *Diapason* : *"la transgression des règles fait partie de la problématique des toxicomanes. On doit élaborer des règles en sachant qu'elles seront transgressées, on doit s'en saisir pour interpeller le patient sur le sens de cette transgression, qui est encore l'expression d'une demande. Et s'il faut prendre une sanction, il faut qu'on soit capable de la faire respecter, sinon elle ne peut pas faire sens"*.

Dans le cas d'une sortie sous forme de sanction disciplinaire, la *position d'accompagnement* peut se déployer si les intervenants prennent le temps de travailler le sens de cette sanction avec le patient, de sorte qu'elle ne signifie pas l'interruption de la relation, *sans autre forme de procès*. Dans un contexte de vie collective, il y aura aussi parfois un travail supplémentaire de clarification vis-à-vis d'autres patients, qui cherchent à comprendre pourquoi certaines décisions différentes sont prises avec d'autres patients[127].Certes, il restera toujours quelques cas où un tel travail sera impossible — notamment, en cas de violation du cadre lorsqu'il relève du niveau "constitutionnel" (Cf. Infra). Mais l'on peut déjà percevoir que le *travail d'accompagnement* est précisément ce qui va éviter de rigidifier la sanction et le cadre, dans la mesure où chaque décision doit être justifiée dans un contexte chaque fois personnel. En d'autres termes, la sanction fera également sens auprès de l'intervenant dans un contexte relationnel.

2.4.3. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE VERS UNE EXPÉRIENCE DE L'ÉCHEC :

- La demande de transfèrement peut venir du patient. Elle peut constituer un test pour le patient. Importance du travail d'accompagnement afin que le patient puisse expérimenter sa demande, et retrouver son chemin vers *Diapason* en cas d'échec.
- Difficulté d'établir une qualité relationnelle suffisante avec les autres institutions éventuellement concernées, dans une logique de circuits de soins. Difficulté de faire admettre un patient dans une autre institution pour qu'il y expérimente éventuellement un échec.

Une autre situation décrite par les intervenants de *Diapason* où émerge la *position d'accompagnement de la relation thérapeutique vers…* concerne des patients qui formulent *des demandes patentes* de prise en charge dans d'autres institutions. Elles se déploient le plus souvent à partir d'informations circulant entre les patients, sur la supposée efficacité d'une technique, d'une institution ou d'un contexte. Ainsi, des patients peuvent soudainement réclamer un traitement résidentiel *"parce que je ne sais pas résister, il vaut mieux que je sois sous surveillance"*, de faire un *UROD*[128], *"parce qu'il paraît que tu ne sens rien, on te fait dormir pendant deux jours et après tu es sevré"* ou encore d'aller à x, *"parce qu'il paraît que c'est génial et que les intervenants sont sympas"*. En principe, de telles demandes seront considérées selon la position relationnelle que chaque intervenant peut atteindre avec ce patient. Elles seront en tout état de cause travaillées avec lui. Il peut arriver que l'on considère la concrétisation d'une telle demande comme une bonne expérience pour le patient –un test–, au moins pour qu'il puisse se confronter aux raisons qui feraient de cette expérience un échec. En principe, toutefois, une logique de *maintien du contact* devrait pousser à déployer alors un travail

[127] Les patients toxicomanes sont souvent très attentifs au traitement réservé à leurs pairs, et ont parfois du mal à admettre des différences dans les réponses des intervenants, vécues comme des discriminations. Raison pour laquelle il y a lieu de porter un cadre thérapeutique souple mais solide, qui autorise des réponses adaptées faisant sens pour le patient, et non des réponses standardisées vis-à-vis d'un public abusivement décrit comme homogène.

[128] *Ultra Rapid Opiates Detoxification* : technique relativement récente et encore expérimentale de sevrage d'opiacés sous anesthésie générale.

d'accompagnement de la relation thérapeutique, afin que le patient puisse expérimenter sa demande, et retrouver son chemin vers *Diapason* en cas d'échec, avec la possibilité pour les intervenants de travailler le sens de cet échec dans une nouvelle *élaboration de la relation thérapeutique*. La plus grande difficulté de ce travail consiste surtout à établir une qualité relationnelle suffisante avec les autres institutions éventuellement concernées, dans une logique de circuits de soins. Il peut en effet sembler difficile de faire admettre un patient dans une autre institution pour qu'il y expérimente un échec. Nous y reviendrons lors de l'examen des circuits de soins, Cf. Infra.

2.4.4. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT ET CRISE D'IDENTITÉ :

- Cas du patient qui, soudain, ne veut plus être en contact avec d'autres toxicomanes. Questionnement identitaire = moment important du parcours thérapeutique.
- Possibilité d'un travail d'accompagnement, puisque le patient souhaite passer à un autre cadre institutionnel.

Tant les divers intervenants rencontrés que les patients eux-mêmes, à l'occasion des *Focus Groups*, nous ont relaté qu'il arrive très couramment qu'un patient toxicomane, à un moment de son parcours, ne veuille plus avoir de contacts avec d'autres toxicomanes : *"parce que je veux m'en sortir et qu'ils me rappellent les mauvais moments", "parce que je ne suis pas (plus) comme eux, ils m'énervent avec leurs histoires de came", "parce que je veux m'extraire de ce milieu"*… Soudainement, le patient réclame de ne plus fréquenter la *Salle d'Accueil*, et sans aucun doute, il se pose des questions sur sa pseudo-identité de toxicomane, qui pourtant lui a permis de prendre une place dans la société jusqu'à ce moment. Il s'agit d'un moment important dans l'évolution de son propre parcours, qu'il s'agit d'élaborer dans la relation thérapeutique. Cette crise d'identité peut déboucher sur un travail d'accompagnement de la relation thérapeutique, dans la mesure où le patient souhaite passer à un autre cadre institutionnel, au moins le temps d'une expérience. On retrouve ici les mêmes remarques qu'au paragraphe précédent : il s'agit d'élaborer un travail d'accompagnement de la relation thérapeutique, afin que le patient puisse se confronter à sa demande, et éventuellement retrouver son chemin vers *Diapason* en cas d'échec, avec la possibilité pour les intervenants de travailler le sens de cet échec dans une nouvelle *élaboration de la relation thérapeutique*. Là aussi, il s'agit d'un travail qui doit être concerté avec d'autres institutions, dans une logique de circuits de soins.

2.4.5. POSITION D'ACCOMPAGNEMENT ET RETOURS À LA *SALLE D'ACCUEIL* :

- Cas de patients qui, suivis ailleurs, fréquentent la *Salle d'Accueil*, pour le soutien de *"l'ambiance…"*
- Possibilités relationnelles en *Salle d'Accueil* qui ne se limitent pas à ce qui caractérise la *position d'accueil*.

C'est essentiellement à l'occasion des *Focus Groups* que le phénomène suivant a été décrit. Il arrive que des patients, pour des raisons qui leurs sont propres, décident à un moment donné de fréquenter un autre centre, d'entamer un traitement résidentiel, ou simplement d'aller désormais chercher de la méthadone chez un médecin généraliste en cabinet privé. Pourtant, parfois après un certain délai, ces patients réapparaissent à *Diapason*, faisant usage de la *Salle d'Accueil*. Ils n'y recherchent plus de la méthadone ou une aide précise, qu'ils estiment obtenir ailleurs, mais il y a le soutien de *"l'ambiance, les copains… C'est comme un bistrot, mais les gens qui sont là, ils peuvent comprendre"*. Plusieurs hypothèses peuvent interpréter ce phénomène : questionnement identitaire de la part du patient à propos de l'inclusion / l'exclusion du groupe des "toxicomanes" ? Difficultés du patient à faire le deuil

d'un mode de vie en pleine évolution ? Prévention –inconsciente– de la rechute ? En tout état de cause, le patient qui revient en *Salle d'Accueil* dans ces conditions offre des possibilités relationnelles qui ne se limitent pas à ce qui caractérise la *position d'accueil*. Là encore, c'est un travail d'accompagnement qui peut être effectué[129].

2.4.6. DISPOSITIFS ORGANISATIONNELS QUI POURRAIENT FACILITER LE TRANSFÈREMENT DES PATIENTS :

- Modalités organisationnelles pour faciliter le transfèrement : favoriser la circulation des intervenants vers d'autres contextes institutionnels : l'intervenant assure la liaison avec la nouvelle institution, puis peut travailler dans ce nouveau contexte institutionnel le transfèrement du patient vers un autre intervenant, et est toujours en mesure de gérer un éventuel retour vers *Diapason* le cas échéant.
- Deuxième possibilité : faire appel à une équipe de travailleurs de rue. Utilisation originale de cette fonction dans le cadre d'un travail d'accompagnement et de liaison vers d'autres institutions (garant du patient lors de contacts avec des membres d'autres institutions)

A travers tout ce qui vient d'être développé, on voit que le travail d'*accompagnement de la relation thérapeutique vers*… se rencontre à divers moments des processus de prise en charge. Ils sont souvent liés au contexte institutionnel — retours à la *Salle d'Accueil*, crise identitaire, expérimentation d'autres dispositifs ou sanctions de type disciplinaires. Or, les arguments habituellement développés par les intervenants sur la difficulté du transfèrement sont souvent liés à la relation dans ce qu'elle a d'individuel : relations de "dépendance", "transfert" de type psychanalytique[130]… Lors des discussions avec les représentants de *Diapason*, deux modalités organisationnelles ont été envisagées en vue de faciliter de tels transfèrements. L'une d'elles consiste à favoriser la circulation des intervenants vers d'autres contextes institutionnels. On pourrait ainsi imaginer que les médecins et / ou psychologues puissent travailler à temps partiel dans d'autres institutions –Maisons Médicales, Centres de Santé Mentale…– de sorte qu'une prise en charge puisse se poursuivre avec un même intervenant dans une institution désormais non-spécialisée dans les problématiques d'assuétudes. L'intervenant assure dès lors la liaison avec la nouvelle institution, peut être en mesure de travailler dans ce nouveau contexte institutionnel le transfèrement du patient vers un autre intervenant, et est toujours en mesure de gérer un éventuel retour vers *Diapason* le cas échéant.

Une autre possibilité consiste à faire appel à une équipe de travailleurs de rue. Cette possibilité est utilisée dans un certain nombre de MASS, et essentiellement dans le travail de mise en contact des patients avec celles-ci[131]. Aucune n'a pourtant envisagé la possibilité d'utiliser des travailleurs de rue dans le cadre d'un travail d'accompagnement et de liaison vers d'autres institutions. Les travailleurs de rue auraient pour tâche, dans ce cas, de servir de garant au patient, notamment lorsqu'il entre en contact avec des membres d'autres institutions peu enclins à travailler avec des personnes stigmatisées comme toxicomanes…

---

[129] Ces *"retours en Salle d'Accueil"* sont une preuve supplémentaire qu'il n'y a pas superposition entre positions relationnelles, lieux de travail et équipes d'intervenants. En l'occurrence, il s'agit d'un travail d'accompagnement qui s'effectue en *Salle d'Accueil* et auquel participe l'*Equipe Accueil* de manière prépondérante.

[130] Ces arguments sont parfois teintés de possessivité, les intervenants parlant de *"mes patients"*, pour des patients qui parlent eux aussi de *"mon médecin"* — comme ils parlaient de *"mon dealer"*…

[131] Ce qui pose des problèmes d'éthique, quoi qu'en disent ceux qui font usage de cette modalité. En effet, à quoi répond la tentative de maintenir des contacts avec des personnes en non-demande de soins –pas même la "demande"minimale qui est exprimée en franchissant la porte d'une institution de soins–, si ce n'est à un objectif de type sécuritaire ?

2.5. Les positions de la relation sans le patient : position d'équipe et position de réseau

2.5.1. POSITION D'ÉQUIPE ET CADRE(S) DE RÉFÉRENCE :

- Importance de la position d'équipe comme soutien au cadre thérapeutique : distance vis-à-vis de l'anecdotique, soutien collectif, élaboration des difficultés, éviter l'impulsivité…
- Statut du cadre (analogie juridique; le cadre et la Loi) : en Droit, la Loi n'a de sens que dans un cadre constitutionnel. Quel éléments du cadre relèvent de Loi, quels éléments du cadre relèvent de la Constitution de *Diapason* ? Qui portent l'une et l'autre ?

La *position d'équipe* a été introduite dans la "grille" afin de tenir compte de l'influence du travail de "staff" sur le positionnement de la relation au patient. Au travers de cette position particulière, c'est aussi une part de l'organisation de la multidisciplinarité qui est visée. En outre, le temps du "staff" est aussi le moment du "travail sur son travail" en vue d'examiner et d'évaluer régulièrement les divers éléments du cadre thérapeutique mis en place, tels que : la ciculation des informations –administratives, cliniques, institutionnelles, etc.–, l'élaboration du travail clinique individuel, l'examen de l'implication personnelle des intervenants en vue de maintenir le cadre de la relation thérapeutique et la disponibilité de l'intervenant à la relation…

La *position d'équipe* est aussi comme un "arrêt sur image" au cœur d'un activité permanente, comme c'est le cas du travail en *Salle d'Accueil*. Tout particulièrement en ce qui concerne le travail relationnel lorsqu'il est placé en *position d'accueil*, ce temps d'arrêt permet de prendre la distance nécessaire au dépassement du contingent, de l'événementiel, de l'anecdotique, en reliant le vécu de la relation de l'intervenant au patient à un cadre de référence. A plusieurs reprises au cours du processus de recherche, la question du cadre a été abordée, de même qu'au long de ce rapport. A l'instar de *l'institutionnalisation* –dont le cadre est une conséquence directe, Cf. Supra–, la notion de *cadre* a souvent été perçue, intuitivement, comme un carcan qui entraverait la liberté de l'intervenant, et qui en même temps enfermerait le patient dans un processus lui échappant complètement. Certains ont été jusqu'à insinuer que le cadre serait une contradiction à la notion de "bas seuil".

C'est pourtant oublier ce fait tout simple : si l'institution MASS –ou une autre institution analogue– n'existait pas, les individus qui, grâce à l'institution, sont des intervenants, n'auraient aucune raison d'*être en contact* ou de *maintenir le contact* avec les individus qui sont des "patients" potentiels. Ces derniers n'auraient non plus aucune raison d'entrer en contact avec les intervenants en dehors de ce cadre. Autrement dit, dès que l'institution existe –et ce fait est indéniable–, le cadre existe également. Dans ces conditions, affirmer que l'on travaille sans cadre revient à dire que l'on travaille dans un cadre que l'on ne maîtrise pas.

Il s'agit donc de "cadrer" les ressources individuelles au bénéfice de la relation thérapeutique institutionnellement fondée, plutôt que de "cadrer" le patient de manière réglementaire — manœuvre de l'intervenant pour s'extraire du cadre et le placer entre le patient et lui-même afin de se protéger[132]. Or, le cadre a pour mission d'*encadrer* la relation dans un contexte institutionnel, c'est-à-dire qui correspond aux objectifs de l'instititution. Ainsi, le cadre dans une institution déterminée peut avoir pour effet recherché de limiter la relation inter-individuelle. A l'inverse, en l'occurrence, il s'agit d'organiser et de maintenir les

[132] Manœuvre classique que l'on retrouve dans tous les contextes institutionnels : *"c'est le règlement, je ne peux rien y faire, si ça ne dépendait que de moi…"*

conditions optimales pour favoriser la relation inter-individuelle, qu'il faut parvenir à "loger" dans ce cadre institutionnel, légitimant en retour l'intervenant (l'équipe des intervenants) et ses (leurs) interventions. Comme a dit l'un deux : *"Le cadre, c'est emmerdant car il rappelle qu'on est là pour autre chose que soi-même"*. La contrepartie réside dans la possibilité inconditionnelle de pouvoir "faire appel à l'équipe" afin d'élaborer les difficultés, d'éviter que celles-ci ne soient si envahissantes qu'elles poussent à l'impulsivité, au manque de recul, à la réaction immédiate et essentiellement personnelle –c'est-à-dire non médiatisée par la possibilité de penser–, mécanisme adaptatif souvent identifié –stigmatisé ?– chez le patient toxicomane. Dans un contexte de vie collective, tel celui de la *Salle d'Accueil*, la présence du cadre est le seul élément apte à maintenir la convivialité indispensable à la *position d'accueil*, tout en préservant la tout aussi indispensable différence existant entre patients et intervenants. Dans le cas contraire, les différences identitaires étant estompées, d'une part, et les mécanismes adaptatifs se développant en symétrie, d'autre part, nous nous retrouvons en présence de l'écueil du *"toxicomimétisme"* déjà évoqué (Cf. Supra).

Une autre question est alors soulevée : ce cadre est-il tel qu'il s'impose de haut à tous les intervenants, sans possibilité de le remettre en cause ? C'est à ce moment de la discussion que les représentants de *Diapason* ont fait intervenir l'analogie juridique, assimilant le cadre à la Loi. Qui fait donc la Loi ? La question organisationnelle qui se pose ici concerne la légitimité des différents membres de l'équipe à interpeller le cadre et à participer à son élaboration, autre condition à respecter pour que ce cadre soit porté. L'analogie juridique, introduite par les membres de l'équipe de *Diapason*, peut s'avérer fructueuse, puisqu'en effet, les sociétés démocratiques ont été confrontées au même problème organisationnel à leur échelle : comment garantir la pérennité d'un Etat et la permanence de son organisation lorsque ceux-ci résultent de la légitime volonté des citoyens –qui peuvent donc les remettre en cause–, sachant qu'en retour cette liberté résulte de ce mode d'organisation ? Dans les Etats de Droit, la réponse consiste en un ensemble de principes dont la valeur est considérée supérieure à la Loi, et qui demande des procédures exceptionnelles –et des majorités surqualifiées– pour être modifié. Cet ensemble, c'est la Constitution[133].

La difficulté organisationnelle qui est ici soulevée concerne la distinction entre ce qui est de l'ordre de la Loi –qui peut être discuté, commenté, mis en cause, amendé… par l'équipe– et ce qui est de l'ordre de la Constitution — qui ne peut être remis en cause, sauf circonstances exceptionnelles et majorité surqualifiée, à moins d'abandonner ce qui fait l'identité et la spécificité de l'institution, en d'autres termes, ce qui la constitue… En l'occurrence, et ce malgré les largesses du *Projet MASS* déjà évoquées (Cf. Supra), celui-ci fait partie de la Constitution et ne dépend pas de la volonté des intervenants.

La Loi, quant à elle, peut certes être discutée en *position d'équipe*, mais certainement pas avec le patient, sous peine pour les intervenants de se disqualifier[134]. Les intervenants ne

[133] D'autres garanties existent encore, puisqu'en dehors de la Loi et de la Constitution, le Droit est également défini par les Principes généraux du Droit, la Coutume, la Jurisprudence, et bien évidemment par l'ensemble des normes édictées dans des instruments de valeur inférieure à la Loi, tels qu'arrêtés d'exécution, règlements, directives…

[134] Dans un souci de "démocratie interne", et peut être en cohérence avec les attendus de la notion de "bas seuil", on peut bien évidemment mettre en place des dispositifs afin d'accéder à la parole des patients dans leur rapport au cadre (groupes de discussion, "boîte à idées", questionnaires de satisfaction…). Il n'empêche qu'il reviendra à l'équipe, et à elle-seule, de se saisir de ce matériau, de l'analyser, de l'interpréter et, le cas échéant d'en tirer des conclusions ayant un effet sur le cadre.

sont pas dans l'institution pour être "gentils", "sympas", ni pour être des "mères toutes puissantes", peut-être même pas des mères "suffisamment bonnes"[135]. On rejoint ici la question de la fonction paternelle[136] par laquelle il s'agit de porter des limites, même bienveillantes — problématique constitutive des toxicomanies. Il ne s'agit donc pas de laisser le patient décider de la Loi, ce qui va à l'encontre du processus thérapeutique — et accessoirement, des attentes du *Projet MASS*. Il s'agit en revanche de permettre à la relation thérapeutique de dépasser le seul *maintien du contact*, pour s'élaborer vers une structuration du temps, de l'espace, des représentations, de l'identité personnelle, voire de la citoyenneté dans la mesure où cet aspect social est aussi une dimension de la Loi (appartenance, reconnaissance, Cf. Supra).

2.5.2. POSITION DE RÉSEAU : La *position de réseau* désigne le travail relationnel que peuvent effectuer des intervenants de *Diapason* avec des représentants d'autres institutions[137]. Au travers des discours des intervenants et de l'examen des dossiers des patients ayant constitué notre échantillon –Cf. Supra–, nous pouvons relever que *Diapason* est en contact ponctuel avec un certain nombre d'institutions par rapport à des prestations que l'on pourrait qualifier de techniques : contacts avec le CPAS ou les mutuelles, dans le cadre de remises en ordre administratives ; contacts avec des hôpitaux ou des laboratoires dans le cadre d'examens médicaux spécialisés ou d'analyses toxicologiques, etc. Ces contacts ne donnent en principe pas lieu à un travail relationnel très élaboré.

En revanche, un travail encore en friche est à effectuer dans le cadre des relations que *Diapason* entretient avec d'autres institutions spécialisées dans le domaine des assuétudes, notamment en ce qui concerne la question du transfèrement des patients de manière prolongée et / ou définitive vers elles. Nous y reviendrons en détail dans la partie de ce rapport consacrée aux circuits de soins — Cf. Infra.

---

[135] Winnicott D.W. ; *Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement*, Payot, "science de l'homme", Paris, 1962-63

[136] "[…] *Elle représente dans la culture et la langue le terme symbolique de la filiation ; terme qui, autour du couple père-fils orienté par sa marque, ordonne la structure de toutes les alliances et de tous les interdits conformes à la loi."* ; Cf. Patris M. ; *La fonction paternelle en psychopathologie*, Masson, "Rapport de Psychiatrie", Paris, 1981.

[137] Au sens le plus large, tout ce qui est institué comme interlocuteur valable en l'occurrence, que ce soit des institutions de soins ou non, spécialisées ou non, en matière de drogues ou non ; les indépendants tels les médecins généralistes travaillant en pratique privée étant également des institutions en ce sens.

III (b). Formalisation à partir des processus organisationnels à *Parenthèse*, MASS de Mons

1. Prémices

1.1. Premières rencontres à Parenthèse, MASS de Mons

- Cohésion organisationnelle assez faible (difficultés liées à la dispersion en antennes, mais aussi clivages professionnels –médecins *versus* les non-médecins–, ambiance conviviale et accueillante, mais peu formalisée), interrogations formulées sur la "bonne pratique" dans des situations concrètes mais difficulté d'aborder ces questions dans les espaces institutionnels (interrogations formulées sur le mode du "comment faire ?" plutôt que sur le mode du "pourquoi faire ?"), directeur perçu comme le garant du cadre de l'institution, interrogations concernant les processus de prise en charge et très peu les processus organisationnels, discours des intervenants globalement défensif, situation de tension interne (prétexte à la réflexion). Donc : ressources individuelles intéressantes pour une réflexion sur les processus de prise en charge, mais impossibilité d'accéder à une parole institutionnelle légitime et reconnue par tous, utilisation de démarches internes pour travailler préalablement les processus organisationnels.

Dès la première rencontre avec *Parenthèse*, MASS de Mons, un échange de vues a eu lieu avec les directeurs administratif et médical de l'institution[138], puis nous avons rencontré toute l'équipe. Nous avons présenté le contexte de la recherche, le cahier de charges, nos attentes et nos méthodes. S'agissant d'une volonté de recherche-action, nous avons proposé aux représentants de *Parenthèse* cette forme de travail en partenariat.

Pour leur part, les membres de l'équipe de *Parenthèse* ont immédiatement insisté sur leurs craintes quant au rôle des chercheurs et à l'impact de la recherche sur le déroulement de leur travail au quotidien. Certes, quelques précisions ont été demandées à propos des enjeux de la recherche, de l'implication des pouvoirs organisateurs en tant que commanditaires de la recherche, bien que ces aspects semblaient être laissés à l'appréciation des directeurs.

Dès la première rencontre également nous a été présentée la structure décentralisée en antennes de la MASS de Mons, en signalant la difficulté d'*"avoir tout le monde au même moment"*. En effet, le personnel de *Parenthèse* étant dispersé sur les diverses antennes de l'institution, le seul moment de rencontre possible avec toute l'équipe sont les réunions du lundi matin. Or celles-ci ne peuvent être monopolisées par les rencontres avec les chercheurs. Le directeur nous a donc proposé de rencontrer de préférence les intervenants dans leurs antennes, et un premier tour des antennes a été programmé. Ensuite, l'une des intervenantes de *Parenthèse* ayant manifesté un intérêt particulier à suivre la recherche, les premiers mois de celle-ci se sont déroulés essentiellement dans le contact avec cette personne de référence.

Ces trois premiers mois de contact, mis à part la nécessité de faire connaissance et l'inventaire des données disponibles et à créer, ont donc constitué une période d'observation où quelques traits spécifiques de cette institution ont été mis en évidence, ce qui nous a permis d'ébaucher une ligne de conduite pour la suite de la recherche :

- La cohésion organisationnelle était assez faible : en effet, les intervenants éprouvaient des difficultés à donner des informations sur le fonctionnement général de l'institution ou sur les pratiques dans d'autres antennes que celles fréquentées par eux. Non seulement les divisions liées à la répartition en antennes étaient perceptibles, mais également des

[138] Pour rappel, on se référera à l'annexe V pour ce qui est de la structure et de la composition des équipes.

divisions correspondant aux formations des intervenants — notamment les médecins *versus* les non-médecins. En outre, l'organisation des rencontres avec les intervenants dans les différentes antennes était loin d'être simple. L'ambiance des rencontres était plutôt informelle et conviviale, donc accueillante, mais peu formalisée ;

- Les intervenants de *Parenthèse* exprimaient des interrogations sur la "bonne pratique" dans des situations concrètes : toutefois, ces interrogations ne semblaient pas trouver leur place dans les espaces consacrés à la réflexion en équipe (réunions du lundi). Ces interrogations étaient, le plus souvent, formulées sur le mode du "comment faire ?", plutôt que sur le mode du "pourquoi faire ?". Ces dernières semblaient être le domaine privilégié du directeur, perçu comme le garant du cadre de l'institution ;
- Ces interrogations concernaient surtout des éléments du processus de prise en charge, et très peu les processus organisationnels : d'un côté, la plupart des intervenants refusaient de se référer à "modèles de prise en charge", argumentant que chaque patient étant différent, il s'agissait surtout d'agir au cas par cas. D'un autre côté, les interrogations portaient quand même sur des éléments de processus de prise en charge –chaque fois particuliers– plutôt que sur les processus organisationnels adéquats en vue de mettre en place une réponse thérapeutique personnalisée adressée à chaque patient. De même, le directeur était porteur d'un certain nombre d'idées quant aux processus de prise en charge, mais il disait alors que *"l'équipe n'est pas prête à ça"*, sans non plus interroger les processus organisationnels ;
- De manière générale, le discours des intervenants était très défensif : en d'autres termes, la résistance, légitime, de l'équipe vis-à-vis des chercheurs –et dont nous avions tenu compte dès le départ, Cf. Supra– n'était pas directement verbalisée et / ou manifestée, bien qu'elle fût tacitement partagée ;
- Enfin, *Parenthèse* était en situation de tension interne : en effet, le quota de semaines de rééducation fonctionnelle remboursables n'était pas encore atteint[139], l'institution était vécue comme l'objet d'enjeux politiques à l'échelle locale, les relations avec des intervenants extérieurs ne semblaient pas aisées, notamment par une impression d'absence d'autres institutions spécialisées en matière de drogues[140], et la recherche elle-même était alors vécue comme une intrusion dans un contexte difficile.

Nous avons pu en conclure qu'il y avait, à *Parenthèse*, des ressources individuelles intéressantes dans le cadre d'une réflexion sur les processus de prise en charge. Toutefois, l'impossibilité d'accéder à une parole institutionnelle légitime et reconnue comme telle nous a poussé à nous intéresser d'abord aux processus organisationnels plutôt qu'au contenu des prises en charge, d'autant que le directeur, représentant légitime de son institution –et vécu comme le garant du cadre–, exprimait des difficultés à être suivi par son équipe. L'intervenante de référence nous a alors proposé une autre voie d'accès aux informations dont nous avions besoin pour décrire le processus de prise en charge réalisé à la MASS de Mons : faire passer un questionnaire individuel à chaque intervenant de l'institution, comprenant deux questions : *"1. Quel est le travail que nous accomplissons lors d'un suivi d'un toxicomane à Parenthèse ? 2. Quelles sont les modalités de sortie de l'institution ?"*. Les réponses à ce questionnaire –rebaptisé symboliquement et non sans humour *"les devoirs"* par les membres de l'équipe–, nous ont été fournies après anonymisation. Le matériel apporté par les réponses a constitué le véritable point de départ de l'étude du fonctionnement interne de cette institution.

[139] Ce quota a été atteint pour la première fois au cours de l'année 2000.
[140] Impression partiellement confirmée par l'étude de l'offre de soins existante, Cf. Supra.

Parallèlement, nous avons proposé à *Parenthèse* d'enregistrer des données à l'aide du logiciel *Epitox*[141], dans la mesure où l'institution ne participait à aucun enregistrement. Or, ces données étaient souhaitées dans le cadre de la recherche. En outre, l'utilisation de cet outil a permis de mettre en évidence les domaines de la prise en charge où l'information ainsi collectée était insuffisante. La tentative de formalisation des données à enregistrer a été un moyen de faire un lien entre les processus de prise en charge et les processus organisationnels[142].

1.2. Parenthèse, MASS de Mons : descriptif

Parenthèse est une institution décentralisée en antennes régionales. Dès le deuxième contact, un "tour des antennes" a été entrepris. A l'exception de l'antenne de Colfontaine, installée dans une ancienne polyclinique –donc adaptée à des fonctions médicales–, elles sont installées dans des bâtiments prévus pour du logement. Les moyens financiers de *Parenthèse* étant assez limités, les antennes sont malheureusement installées dans des bâtiments au confort restreint. Elles sont signalées de manière discrète, et au premier coup d'œil, rien ne les distingue du tissu d'habitation des localités où elles sont implantées[143]. En ce qui concerne l'antenne centrale de Mons, les locaux sont installés dans un ancien bâtiment occupé jadis par une petite industrie, à l'arrière d'une cour intérieure, dans une rue commerçante du centre-ville[144]. Outre une salle d'attente et une pièce relativement vaste, qui sert de salle de réunion pour l'équipe et où se trouvent les services administratifs, les autres pièces sont autant de bureaux individuels qui peuvent servir tant pour les consultations médicales que pour les consultations "psychosociales"[145]. Les autres antennes disposent toutes d'une salle d'attente, et d'au moins deux cabinets de consultation polyvalents.

Parenthèse a été créée en juin 1996, à l'initiative de la Ville de Mons. Il s'agissait alors d'un centre d'accueil psycho-social pour toxicomanes, financé grâce aux Contrats de Sécurité, et installé dans les mêmes locaux que l'asbl *Prélude*, centre de crise pour toxicomanes lié au CPAS. C'est en février 1998 que *Parenthèse* devient une MASS, le projet est alors remanié, ainsi que l'équipe, et l'institution s'installe dans ses propres locaux. Le choix de la décentralisation est effectué à ce moment, et l'institution se divise en sept antennes : une à Houdeng-Goegnies (La Louvière), quatre antennes sur le territoire du Grand Mons (Havré –à l'est de Mons–, Mons-centre, Ghlin –nord-ouest de Mons– et Jemappes –ouest de Mons, à la

---

[141] Logiciel développé par L. From pour les besoins du CCAD, en tant que version informatique de leur *"Fiche Commune" ;* Cf. Infra.

[142] Cette voie sera prolongée par la tentative de construction d'un module d'enregistrement de données cliniques dans les MASS, Cf. Infra.

[143] Les antennes étant disséminées dans des localités de périphérie –à l'exception de l'antenne centrale de Mons, bien entendu–, c'est-à-dire répondant aux caractéristiques de la "petite ville" (Cf. Supra), cette discrétion semble un choix adapté en matière de "bas seuil", dans la mesure où l'"incognito" des patients peut être respecté.

[144] Les locaux de *Parenthèse-Mons* étaient installés dans une autre aile du bâtiment au début de la recherche, beaucoup plus vétuste. Les locaux actuels résultent de travaux de réaménagement.

[145] Nous mettons ce terme entre guillemets pour l'instant, dans la mesure où il fera plus tard l'objet d'une discussion approfondie. A ce stade descriptif, nous reprenons les appellations propres à *Parenthèse*.

limite du Borinage), et deux antennes dans le Borinage (Quaregnon et Colfontaine). Les antennes de Ghlin et de Jemappes ont ensuite été supprimées[146].

Les intervenants se répartissent dans les antennes au cours de plages horaires de permanences. Celles-ci sont tenues à chaque fois par des *"binômes"* composés d'un médecin et d'un travailleur "psychosocial" — à l'exception de l'antenne de Mons-centre qui, étant la plus fréquentée, utilise un personnel plus nombreux[147]. Lorsqu'un patient se présente à une permanence, il doit en principe rencontrer le travailleur "psychosocial", puis éventuellement, le médecin, s'il en fait la demande. Ce qui est le cas la plupart du temps car les patients viennent le plus souvent avec une demande de méthadone. Celle-ci sera prescrite par le médecin et délivrée en officine, ce qui permet le développement de partenariats avec les pharmaciens. A chaque passage, le patient devra rencontrer le travailleur "psychosocial", quoiqu'il arrive. Toute problématique amenée par le patient sera prise en compte, l'objectif étant de l'inciter à entreprendre une démarche thérapeutique plus complète.

1.3. Analyse des "devoirs"

Notre espoir était de trouver dans les réponses au questionnaire dit des *"devoirs"* (Cf. Supra) des éléments traduisant un consensus minimal sur l'identité institutionnelle de *Parenthèse* et son cadre de travail (fin 1999). A partir de tels éléments, il aurait dû être possible de dégager un noyau de propositions cohérentes, au moins dans le langage utilisé – *corpus discursif,* Cf. Supra– qui auraient pu faire l'objet d'une formalisation. Une tentative pour esquisser une modélisation des processus de prise en charge aurait pu être réalisée, qui à son tour aurait pu être enrichie des réflexions et notions issues de rencontres ultérieures.

Peut-être était-ce une conséquence de la méthode –individualisée–, mais les réponses au questionnaire traduisaient essentiellement des points de vue individuels, et souvent idéalisés. Par exemple, on pouvait y lire : *"Le but de* Parenthèse *est d'essayer autant que faire se peut de traiter ou plutôt de combler un mal-être dans la population toxicomane* […] *d'abord, en ce qui me concerne, c'est lui apprendre que ce n'est pas le produit qui soigne mais la relation* […] *Nous aidons la personne à progresser depuis là où elle est vers un état de mieux être".* Chacun s'y était exprimé à titre individuel, ponctuant ses réponses de : *"en ce qui me concerne", "à mon sens", "mon rôle, je crois,…", "ma conception du suivi"…*

En termes de parole collective, en revanche, et bien que les questionnaires fussent anonymes, la profession de l'intervenant transparaissait au travers de ses réponses. Nous souhaitions dès lors organiser une réunion collective où ces différents discours auraient pu être mis en débat entre les travailleurs de l'équipe — dans un souci constant de faire émerger un premier *corpus discursif* à partir duquel l'on pouvait agréger une position institutionnelle, Cf. Supra. Cette solution s'est avérée impraticable pour des raisons organisationnelles : dispersion

[146] Pour rappel, aujourd'hui, l'antenne de Colfontaine a également été supprimée. On se reportera à l'annexe V pour la structure et la composition actualisée des équipes des MASS.

[147] Il peut arriver qu'un "binôme" soit en fait un "trinôme" (Cf. annexe V). En tout état de cause, d'un point de vue fonctionnel, seules les antennes de Mons-Centre et de Houdeng-Goegnies bénéficient, à un même moment, des fonctions médicale, sociale et psychologique. Dans tous les autres cas, il y a indifférenciation entre la fonction psychologique et la fonction sociale, réunies sous l'appellation "psychosociale" (Cf. Infra).

du personnel déjà évoquée, indisponibilité des médecins, etc[148]. Avant même de pouvoir aborder les processus de prise en charge des patients dans une institution identifiée et identifiable comme un ensemble homogène, s'imposait à nous la question des processus organisationnels.

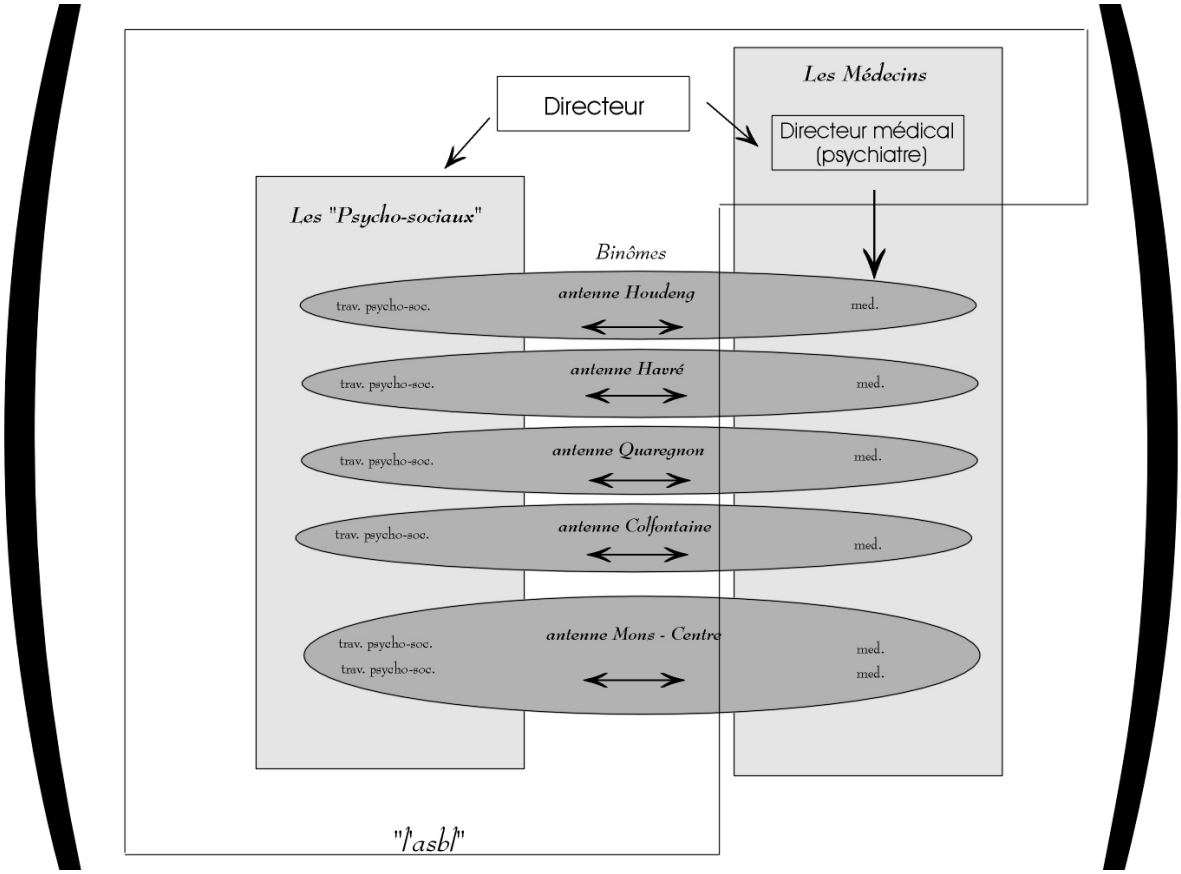
L'unité organisationnelle de base nous est apparue de plus en plus comme se situant au niveau des antennes, fonctionnant grâce à des *"binômes"* d'intervenants –un médecin et un travailleur "psychosocial"–, ceux-ci s'organisant de manière relativement autonome. Pour discuter de notre analyse des *"devoirs"* avec l'ensemble des intervenants, nous avons donc entrepris un nouveau "tour des antennes", afin de rencontrer les différents *"binômes"* et de récolter les différents avis, parfois en suscitant la confrontation entre les deux intervenants lorsqu'ils exprimaient des points de vue contradictoires. Afin de susciter la discussion, nous avons mis au point un schéma organisationnel de *Parenthèse*, élaboré sur base desdits *"devoirs"* et de discussions préalables à la rencontre des *"binômes"*, que nous avions eu avec nos référents : l'intervenante désignée pour les contacts avec les chercheurs et le coordinateur de l'institution.

[148] Il est important de préciser que les médecins attachés à *Parenthèse* prestaient tous, au moins à ce moment, à temps partiel dans l'institution, et exerçaient tous leur activité professionnelle en cabinet privé et / ou dans d'autres contextes institutionnels par ailleurs.

2. Modélisation d'une MASS décentralisée en antennes régionales

2.1. Présentation du schéma organisationnel de Parenthèse

Le schéma organisationnel présenté aux différents *"binômes"* avait la forme suivante[149] :



La lecture de ce schéma nécessite quelques commentaires :

- L'unité organisationnelle de base semble être le *binôme*, qui se retrouve au niveau de chaque antenne (Cf. annexe V et commentaires). Chaque *binôme* est composé d'un travailleur "psychosocial" et d'un médecin. La prise en charge d'un patient est gérée à ce niveau par échange d'information (ce qui est représenté par la double-flèche pour chaque antenne).
- Les travailleurs "psychosociaux" sont institutionnellement regroupés dans un ensemble distinct de celui des médecins, qui eux-mêmes forment un ensemble. Au moment de la mise au point de ce schéma, l'ensemble des "psychosociaux" bénéficiait de réunions auxquelles les médecins ne participaient pas[150]. Les "psychosociaux" sont désignés comme les "porteurs" du projet de l'institution, qui ainsi souligne la volonté d'une prépondérance du point de vue "psychosocial" sur le point de vue médical — Cf. Infra.
- Le directeur (ou coordinateur) chapeaute les deux ensembles de professionnels, avec l'aide du directeur médical qui, en sa qualité de psychiatre, possède un rôle implicite de leader du corps médical — composé de généralistes. De manière générale, le directeur médical est considéré

[149] Le schéma présenté à ce moment reprenait en outre des éléments de l'environnement de l'institution, tels que les Pouvoirs Organisateurs (Ville de Mons, INAMI, Contrats de Sécurité), les institutions de la recherche (SSTC, équipe de recherche de l'ULB, autres équipes de recherche), la ZIG en tant qu'environnement de travail, au sein de laquelle on retrouve l'offre d'assistance générale et l'offre d'assistance spécifique en matière d'assuétudes.
[150] Suite à la présentation de ce schéma, des réunions entre médecins ont été organisées.

comme garant du cadre thérapeutique, tandis que le directeur administratif est considéré comme garant du cadre institutionnel.

- un ensemble particulier se dégage, l' *"asbl"*, expression employée à plusieurs reprises dans les *"devoirs"*, notoirement par des médecins, qui signalaient ainsi, inconsciemment sans doute, une distance entre eux et l'institution (l'asbl), où ils ne s'impliquaient pas totalement (ou bien n'étaient pas totalement impliqués). La plupart des médecins considéraient alors leur travail à *Parenthèse* comme un prolongement de leurs pratiques en cabinet privé. Le fait d'instituer les "psychosociaux" comme porteurs du projet de *Parenthèse* tendait à instrumentaliser le rôle des médecins, en tant que dispensateurs de prescriptions –de méthadone notamment–, vis-à-vis des autres intervenants de l'équipe ainsi que des patients (Cf. Infra).
- Cet "ensemble d'ensembles" forme la MASS de Mons, *Parenthèse*, symbolisée dans le schéma par la paire de parenthèses.

2.2. Discussions autour du schéma organisationnel

A la suite de la présentation du schéma organisationnel aux *"binômes"*, nous avons formulé un certain nombre de remarques et ouvert un ensemble de questions à l'occasion d'un *feedback* lors d'une réunion où toute l'équipe était présente. Nous pouvons rendre compte ici des thématiques les plus saillantes qui y ont été abordées[151].

2.2.1. MULTIDISCIPLINARITE ET EQUIPE "PSYCHOSOCIALE" :

- Avantage de l'organisation en *"binômes"* : information nécessaire au suivi d'un patient partagée par un nombre limité de personnes (gestion proche des patients, relations personnalisées).
- Inconvénients : carence d'*institutionnalisation*, d'où désarticulation des antennes et des *"binômes"* les uns par rapport aux autres (modalités de travail différentes d'un *binôme* à un autre, d'une antenne à une autre), y compris en ce qui concerne des éléments de cadre.
- Regroupement des intervenants en deux catégories professionnelles, les "psychosociaux" et les médecins, chaque ensemble fonctionnant avec ses caractéristiques propres, son discours, ses représentations.
- Question organisationnelle : que recouvre l'ensemble "psychosocial" ? Regroupement expliqué par la raréfaction des ressources humaines (antennes). Mais difficultés à assurer une prise en charge optimale.
- Pas de référence identitaire unifiant cet ensemble, sauf la contre-référence à un point de vue médical. Donc, prépondérance de ce point de vue, malgré une volonté inverse.

La multidisciplinarité est l'une des caractéristiques du dispositif des MASS (Cf. Supra). Le schéma organisationnel montre une institution constituée d'un "ensemble d'ensembles", où chaque division et regroupement sont autant de caractéristiques de l'organisation de la multidisciplinarité propre à *Parenthèse*.

L'unité de base est le *"binôme"*, formé d'un travailleur "psychosocial" et d'un médecin. Le *"binôme"* gère une antenne de manière relativement autonome. De sorte que le suivi des patients fréquentant une antenne incombe, de manière prioritaire, aux deux intervenants formant *"son binôme"* de référence. De plus, au sein de ce couple, l'orientation générale du suivi d'un patient sera surtout gérée par le travailleur "psychosocial", cheville ouvrière du système.

Cette organisation de base, en *"binômes"*, possède des avantages et des inconvénients : d'un côté, l'information nécessaire au suivi d'un patient ne doit être partagée que par un nombre limité de personnes. En outre, chaque antenne étant elle-même fréquentée par un nombre relativement restreint de patients –à l'exception de Mons-centre–, cela permet une

[151] Elles recoupent forcément les questions énumérées au début de cette partie, nous exprimons ici des modalités propres à la situation de la MASS de Mons.

gestion proche des patients. Les relations entre intervenants et patients, d'une part, entre les intervenants à propos d'un patient, d'autre part, sont donc assez personnalisées.

D'un autre côté cependant, cette personnalisation peut induire des carences en termes d'*institutionnalisation* –Cf. Supra–, ce qui rend la relation au patient fragile. En effet, il suffit de peu –vacances, ou absence non-prévue d'un intervenant (*par ex.*, pour cause de maladie), patient téléphonant en urgence pour une situation "exceptionnelle" (*par ex.*, perte de son flacon de méthadone), nécessité de faire appel à un troisième intervenant pour ses compétences propres, etc.– pour que le mécanisme se grippe. L'intervenant est alors isolé du reste de l'institution, et doit gérer seul la situation à laquelle il fait face, sans plus aucun cadre auquel se référer. L'expérience de terrain montre que ces situations *"loin de l'équilibre"* sont courantes avec les patients toxicomanes en général, et encore plus spécifiquement étant donné le public-cible spécifique des MASS[152]. Par ailleurs, cette absence d'*institutionnalisation* tend à désarticuler les antennes et les *"binômes"* les uns par rapport aux autres ; dès lors, les modalités de travail sont différentes d'un *binôme* à un autre ou d'une antenne à une autre, y compris en ce qui concerne des éléments de cadre — par exemple, la gestion des rôles de chaque travailleur au sein du *binôme*.

Cette répartition –horizontale– de l'institution en antennes est doublée et complexifiée par un regroupement –vertical– des intervenants en deux catégories professionnelles, les "psychosociaux" et les médecins, chaque ensemble fonctionnant avec ses caractéristiques propres, son discours, ses représentations. Là encore, les processus organisationnels ne facilitent pas la confrontation de ces discours et leur éventuelle mise en cohérence.

Une question organisationnelle fondamentale concerne la réunion dans un seul ensemble prétendument homogène des "psychosociaux"[153]. Malgré des rencontres récurrentes avec les divers intervenants faisant partie de cet ensemble, nous n'avons pas perçu de mode d'approche du patient, explicite ou latent, qui soit issu d'une discipline, ne fut-ce qu'en cours d'élaboration, et qui mêlerait plus ou moins habilement des aspects psychologiques et des aspects sociaux[154]. L'expression d'"équipe psychosociale" ne recouvre donc qu'un ensemble hétérogène de travailleurs des champs psychologique, pédagogique et social (psychologues, assistants sociaux, éducateurs…).

Selon les membres de l'équipe de *Parenthèse*, ce regroupement est expliqué par la dispersion de l'institution en antennes, qui a pour effet une raréfaction des moyens en termes de ressources humaines : en effet, il est difficile de maintenir ouvertes quatre ou cinq antennes, pendant un nombre d'heures suffisant, en y mettant un personnel conséquent — au moins un médecin, un(e) assistant(e) social(e), un(e) psychologue. La demande de méthadone étant l'une

---

[152] Selon J.P. Jacques, certains toxicomanes, notamment ceux que l'on considère comme les plus chaotiques ou les plus marginalisés, ont la "passion du désordre", Jacques J.P. ; *Pour en finir avec les toxicomanies, psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, De Boeck & Larcier, "Oxalis", Bruxelles, 1999, pp. 139-140

[153] Cette question est d'autant plus fondamentale qu'elle n'est pas propre à *Parenthèse*. Diverses MASS l'utilisent, et on la retrouve dans bon nombre d'institutions parmi les *"services réguliers de soins"*. Comme nous allons le montrer, cette notion n'est cependant pas neutre.

[154] C'eût été un apport considérable de l'expérience MASS que de participer à une telle approche. Nous insistons sur le fait que le contexte de ces institutions, où l'approche du patient se doit d'être originale, et où les objectifs ne sont pas seulement thérapeutiques, est favorable à l'émergence de nouvelles pratiques allant dans ce sens d'une *transdisciplinarité*. L'impression qui subsiste est celle d'un "plus petit commun dénominateur", procédant par déqualification respective des intervenants concernés pour donner une image d'"intervenant généraliste", où il y a davantage dissolution de compétences qu'intégration de celles-ci.

des voies d'accès principale dans l'institution, on ne peut faire l'impasse sur une permanence médicale. Dès lors, psychologues, assistants sociaux et éducateurs sont répartis et doivent, dans l'antenne où ils exercent, assumer un suivi tantôt psychologique, tantôt social, selon les demandes de la personne qu'ils prennent en charge. On imagine les difficultés qui peuvent surgir de cette situation, surtout lorsque l'on tient compte, à nouveau, de l'autonomie des *"binômes"* et des antennes, telle que décrite ci-dessus. Lorsque les intervenants sont confrontés à une demande portant sur un sujet en dehors de leurs compétences, ils doivent agir *"dans l'urgence"* en faisant *"ce qu'ils peuvent"*. Si cela ne suffit pas, ils doivent demander conseil à un collègue dont la compétence correspond à la problématique posée. Enfin, si cela ne suffit toujours pas, ils doivent tenter de référer leur patient vers le collègue concerné — ce qui soulève déjà la question du transfèrement, ici interne à la MASS, plus tard vers d'autres services, Cf. Infra.

Certes, cette explication organisationnelle est cohérente vis-à-vis du choix de la répartition en antennes, ce choix étant lui-même cohérent étant donné les caractéristiques de la ZIG de la MASS de Mons (Cf. Supra). On est pourtant en droit de s'interroger sur le sens que prend ce mode organisationnel vis-à-vis des objectifs de l'institution. Les psychologues, assistants sociaux et éducateurs rencontrés à *Parenthèse*, parlent de leur travail en se référant à leur propre formation. Il n'y a donc pas de référence identitaire unifiant cet ensemble, si ce n'est leur caractéristique commune de n'être pas des médecins, ou pourrait-on dire, d'être des *"non-médecins"*. Cette situation est institutionnellement actée par la volonté affichée de ne pas laisser la prépondérance au point de vue médical dans l'institution.

Or, le paradoxe est précisément que le seul élément d'identification de l'ensemble "psychosocial" est la référence à un point de vue médical. En quelque sorte, et malgré une volonté affichée de ne pas accorder de prépondérance à ce dernier, c'est bien lui qui prend le pas, en tant que fondement de l'organisation du travail de l'institution. Cette situation se répercute sur un certain nombre d'éléments du cadre thérapeutique, notamment sur le sens de l'utilisation de la méthadone, Cf. Infra[155].

2.2.2. L'INSTITUTIONNALISATION : Nous l'avons rappelé lors de l'examen des questions de la recherche –Cf. Supra–, l'institutionnalisation implique la capacité d'une institution, en tant qu'ensemble, de maintenir ses caractéristiques indépendamment des modifications intervenant au niveau des parties qui la composent. Il s'agit d'un processus d'autant plus indispensable dans les MASS que ces institutions n'ont pas encore de références théoriques et / ou cliniques. Bien que nécessaire, l'institutionnalisation peut rapidement devenir contre-productive par une trop grande rigidité qui semble contraire à la notion de "bas seuil", dans le contact avec les patients, mais aussi dans l'organisation des processus de prise en charge. D'un autre côté, cependant, le manque d'institutionnalisation est également contre-productif, car il fragilise la capacité d'intervention en oblitérant le contexte –institutionnel– de la relation, sans lequel elle n'aurait pas lieu d'être.

A *Parenthèse*, comme nous l'avons signalé, la question de l'institutionnalisation a été immédiatement posée. D'une part, en ce qui concerne le contact avec les patients, plusieurs intervenants soulignaient qu'il fallait, dans un premier temps, *"dissimuler l'institution"*, ou en tout cas donner l'impression d'un contact personnel. Par ailleurs, chaque patient étant

[155] Nous avons eu l'impression que cette situation était assez bien vécue par les médecins. Le travail organisé de manière individualisée fait partie de la *"culture du médecin"* — qui reproduit ainsi sa pratique libérale.

différent, il fallait considérer les prises en charge au cas par cas. D'autre part, en ce qui concerne l'institution, les questions d'ordre organisationnel semblaient laissées aux soins des directeurs.

2.2.3. LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT MEDICAL ET LA QUESTION DU ROLE DE LA METHADONE :

- Objectif du traitement de substitution, selon certains médecins : abstinence, mais en même temps, considérée comme un objectif utopique — perpétuellement différé. D'autres parlent *"traitements palliatifs"*. Positions contradictoires, mais objectif du traitement perçu sur le seul plan médical. L'accompagnement "psychosocial" est perçu comme visant la compliance des patients au traitement de substitution (paramédical). Donc contradiction le point de vue "psychosocial" : l'accompagnement médical est un soutien au traitement "psychosocial".
- En tout état de cause, la méthadone joue des rôles non médicaux : demande de base, image de marque de l'institution *(entrée en contact)*, assure le *maintien du contact*, médiatise les relations entre intervenants à propos des patients. Hypothèse : le rôle de la méthadone se modifie en fonction de l'évolution de la prise en charge du patient.

Tant dans les *"devoirs"* qu'à l'occasion de la rencontre des *"binômes"*, certains médecins de *Parenthèse* ont affirmé que l'objectif des traitements dispensés dans l'institution était l'abstinence, même si celle-ci devait être considérée comme un objectif utopique — perpétuellement différé. D'autres, en revanche, nous ont parlé de *"traitements palliatifs"*. Bien que ces deux positions soient nettement contradictoires par certains côtés, elles n'en situent pas moins toutes deux l'objectif des traitements sur le seul plan médical. Par ailleurs, la plupart des médecins considéraient l'accompagnement "psychosocial" comme visant essentiellement l'amélioration de la compliance des patients au traitement de substitution — rôle paramédical. Ces positions sont donc en relative contradiction avec la volonté affichée par l'institution d'accorder une prépondérance à au point de vue "psychosocial" en tant que cadre — les "psychosociaux", quant à eux, avaient plutôt tendance à dire que le traitement médical, dans une large mesure, servait d'appât, puis de régulateur des rencontres, donc pointaient l'accompagnement médical comme un soutien au traitement "psychosocial". Le schéma organisationnel permet de montrer que les nombreuses divisions de l'institution correspondent bien à ces différents points de vue mais ne facilitent pas la cohérence des fonctions et rôles de chacun dans un programme intégré.

En tout état de cause, la méthadone joue bien des rôles qui ne peuvent être confinés au seul plan médical. A l'instar de ce qui a été constaté dans d'autres MASS, le patient vient à *Parenthèse* le plus souvent avec une demande de méthadone. L'accès à celle-ci constitue également l'image de marque de l'institution. Elle est donc un moyen privilégié pour *l'entrée en contact*. Ensuite, les patients fréquentent avec plus ou moins de régularité les permanences des antennes grâce à l'appât que constitue le traitement de substitution. Plusieurs intervenants nous ont signalé que : *"des patients ont tendance à arriver juste à l'heure ou le médecin est là, pour la méthadone"*. Elle joue donc indéniablement un rôle dans le maintien du contact. Nous avons assisté, lors de nos visites, à plusieurs conversations entre intervenants –notamment au sein des "binômes"– à propos de l'opportunité d'augmenter ou de diminuer le dosage du traitement à la méthadone, ou encore pour mettre au point une position commune vis-à-vis d'un patient quant à son traitement. Là encore, la méthadone médiatise les relations entre intervenants à propos des patients.

Nous avons également formulé l'hypothèse que le rôle de la méthadone, dans le champ strictement thérapeutique, se modifie en fonction de l'évolution de la prise en charge du patient – Cf. Supra. De produit d'appât et de régulateur des rencontres, elle jouerait ensuite plus spécifiquement médicament, en soutien ou non à un processus psychothérapeutique. Enfin, le traitement de substitution pourrait ensuite prendre encore un autre sens : notamment parce que la "demande" du patient ne serait plus centrée sur le produit, mais serait réorientée sous l'impulsion de l'accompagnement "psychosocial". Cette intention est aujourd'hui affirmée par l'équipe de la MASS de Mons, même si cette hypothèse n'a pas pu être mise à l'épreuve pendant le déroulement de cette recherche.

2.2.4. TRANSFEREMENT, FIN DE TRAITEMENT, CONTACTS AVEC D'AUTRES INSTITUTIONS : Le *Projet MASS* souligne la nécessité de transférer les patients, dès que possible, vers les *"services réguliers de soins"*. Pour rappel, la deuxième question des *"devoirs"* portait spécifiquement sur ce point. Les réponses fournies ont été de trois ordres : un premier type de réponse préconisait le sevrage et l'abstinence, mais ces objectifs sont perçus comme impossibles à atteindre. La prise en charge se prolongerait donc indéfiniment jusqu'à un "accident de parcours", qui semble inévitable : prison, décès par overdose, exclusion pour non respect des règles. C'est précisément ce que vise le deuxième type de réponses : la "sortie" n'est envisagée qu'en cas de rupture (sortie non-négociée). Enfin, les intervenants restants n'ont pas répondu à cette question.

En tout état de cause, la question du transfèrement n'est pas évoquée une seule fois. Nous avons vu que la ZIG de la MASS de Mons ne possède pas une offre de soins optimale en matière de drogues. L'absence de préoccupation des intervenants de *Parenthèse* pour la question du transfèrement est donc liée à la difficulté d'imaginer les "*services réguliers de soins"* avec lesquels il serait possible de travailler[156].

2.3. Eléments d'analyse du schéma organisationnel et feedback

- Adaptation des processus organisationnels de *Parenthèse* aux conditions locales d'implantation de l'institution. Services offerts par *Parenthèse* (accès à la méthadone dans le cadre d'un accompagnement "psychosocial") absents de la région d'implantation alors qu'un tel besoin est attesté par différentes sources. Mais effets non-désirés.

Les aspects organisationnels abordés lors de la "tournée des antennes" –et présentés Supra– ont fait l'objet d'une réunion de *feedback* avec toute l'équipe. De manière générale, les intervenants de la MASS de Mons ont pris connaissance des éléments que nous avons mis en exergue, ils ont estimé que notre analyse était globalement correcte, et nous ont fait part de leur volonté de se saisir de nos remarques pour les travailler entre eux. Une nouvelle réunion a eu lieu quelques temps après pour que l'équipe puisse nous présenter les résultats de leur concertation. Cette nouvelle rencontre s'est déroulée sur le mode du "tour de table", chaque intervenant s'exprimant individuellement. Nous avons été informés de quelques modifications,

[156] Il est important de rappeler également qu'à ce moment, *Parenthèse* n'avait pas encore atteint ses deux ans d'existence en tant que MASS. La possibilité d'un transfèrement ne s'était pas encore présentée. En outre, l'institution était alors encore à la recherche de nouveaux patients pour atteindre le quota qui lui assurerait la viabilité financière. La question du transfèrement n'était donc pas non plus à l'ordre du jour structurellement.

telles que l'organisation de réunions entre les médecins, à l'instar des réunions entre "psychosociaux". Nous avons demandé à l'équipe de nous faire savoir de manière claire et univoque si l'institution *Parenthèse* était désireuse d'approfondir la démarche d'étude du fonctionnement interne en partenariat, selon la méthodologie de recherche-action. Une telle demande ne nous a pas été adressée. Ainsi, bien que des contacts aient encore eu lieu ensuite vis-à-vis d'autres démarches de la recherche (*Focus-Groups*, étude de l'offre d'assistance, étude des dossiers de l'échantillon de patients, module clinique, *feedback* des rapports intermédiaires…), cette partie de l'étude s'est donc interrompue à ce moment-là (juin 2000). A titre de conclusion, il nous semble important d'évoquer quelques éléments d'analyse qui peuvent éventuellement aider les membres de l'équipe de *Parenthèse* dans leurs réflexions.

Les processus organisationnels propres à *Parenthèse* résultent indéniablement de l'adaptation du *Projet MASS* aux conditions locales d'implantation de l'institution. Nous avons ainsi montré que la dispersion de l'institution en antennes correspond à la structuration géographique, socio-économique et épidémiologique de la ZIG de la MASS de Mons, et que les choix organisationnels qui en découlent –fonctionnement en *"binômes"*, plages horaires de permanences, consultations médicales et "psychosociales", objectif de maintenance pour les traitements de substitution– peuvent s'expliquer à partir de cette dispersion, et compte tenu des conditions structurelles de fonctionnement des MASS –notamment le système de financement basé sur le remboursement forfaitaire de semaines de rééduction fonctionnelle– ainsi que de l'offre d'assistance pour problèmes d'assuétudes présentes autour de la MASS.

Il est également indéniable que les services offerts par *Parenthèse*, notamment en ce qui concerne l'accès à la méthadone dans le cadre d'un accompagnement "psychosocial", étaient absents de la région d'implantation alors qu'un tel besoin est attesté par différentes sources — Cf. données socio-démographiques, socio-économiques et épidémiologiques, Supra, et analyse des *Focus Groups*, Infra.

Toutefois, les choix effectués provoquent inévitablement des effets non-désirés. Les démarches entreprises dans le cadre de cette recherche ne nous ont pas permis d'identifier de manière systématique de tels effets, liés aux choix posés par *Parenthèse*. Toutefois, nous avons pu en percevoir ou en supposer certains. De plus, nous pouvons poser l'hypothèse que certains effets perçus et décrits ailleurs vis-à-vis de choix similaires –à la MASS de Charleroi, dans les autres MASS telles que décrites par nos partenaires de recherche (Cf. Supra), dans la littérature– sont en mesure de concerner la MASS de Mons.

2.3.1. "BAS SEUIL" ET MAINTENANCE : Les choix organisationnels effectués à *Parenthèse* semblent s'intégrer dans une logique générale de *"maintenance"*. En effet, la plus grande accessibilité est visée au travers de la dispersion en antennes, ce qui permet une couverture géographique large et une offre de service de proximité. Ce choix implique cependant une grande dispersion du personnel. Cette situation rend difficile les prises en charge où un grand nombre de ressources sont mobilisées : les *"staffs"* cliniques où peut se dégager une "valeur ajoutée" à la confrontation de points de vues et de situations différentes, la dynamique liée à des enjeux collectifs ; en clair, tous ces moments de "travail sur le travail", d'élaboration d'un quant à soi institutionnel, permettant d'organiser les perceptions individuelles et les positionnements personnels en vue de répondre aux missions de l'institution.

Les objectifs reconnus à la prise en charge (*abstinence*) sont en même temps mis en doute dans leur practicabilité, ce qui a pour effet de ne pas permettre aux intervenants de

concevoir une fin aux traitements — en tout cas autre que non-négociée. En termes d'exigences thérapeutiques, le dispositif est conçu pour qu'un soutien "psychosocial" encadre une délivrance de méthadone également perçue comme *"soin palliatif*" ; ou en tout cas, comme un processus à très long terme. Tous ces éléments confinent à la *maintenance*, sans donner beaucoup d'espace à la recherche du changement.

Si la *maintenance* est bien l'une des notions que l'on peut rattacher à celle de *"bas seuil"*, on peut toutefois la remettre en question vis-à-vis d'autres attendus du *Projet MASS*, tels que par exemple, le temps de la prise en charge, conçu techniquement comme à court terme – notamment en termes de financement–, ou la nécessité du transfèrement des patients vers des *"services réguliers de soins"*.

Plus spécifiquement encore, on est en droit de s'interroger sur les aspects statiques et rigides d'un cadre à visée de *maintenance*[157], dans la mesure où celui-ci entre en contradiction flagrante avec la volonté explicitement énoncée d'éviter, sinon d'exclure, un cadre organisationnel et thérapeutique trop présent ou trop rigide, car jugé statique et déshumanisant.

2.3.2. LA QUESTION DU CADRE ET L'ECUEIL DU *"TOXICOMIMETISME"* : En effet, nous avons vu, lors des discussions ayant porté sur la question du cadre et de l'institutionnalisation, que ceux-ci étaient perçus comme contraires à la notion de "bas seuil", comprise comme impliquant une prise en charge adaptée à chaque patient (*cas par cas*), et personnalisée (Cf. Supra). Nous avons cependant décrit ailleurs dans ce rapport l'écueil du *"toxicomimétisme"*, résultant de l'absence de cadre reconnu institutionnellement. A l'instar des autres éléments de discussion repris ici, nous n'avons pas eu l'occasion de mettre cette notion de "*toxicomimétisme*" en discussion à la MASS de Mons. Nous ne pouvons donc que répéter ce qui en a été dit ailleurs, afin d'attirer l'attention des membres de l'équipe de *Parenthèse* sur ce phénomène.

Ainsi, pour rappel, la notion de *toxicomimétisme* vise un ensemble de conduites, attitudes, comportements, etc. des intervenants ou de l'institution, qui de manière explicite ou latente, tendent à reproduire des conduites, attitudes, comportements, etc. des patients ; conduites pourtant considérées comme autant d'éléments de la problématique à résoudre. Ainsi, des tendances au *"toxicomimétisme"* peuvent être perçues :

- lorsque les intervenants ont un discours sur les "patients" et sur la toxicomanie centré uniquement sur les produits — en tant qu'unique problème, en tant qu'unique solution, en tant qu'identifiant du patient, ou du rôle de l'intervenant…
- lorsque les intervenants utilisent les mêmes mécanismes de défense et les mêmes ressources relationnelles que leurs "patients" : discours défensif ou justificateur, absence d'implication dans la relation, confusion des rôles ou déstructuration du cadre…
- lorsque les intervenants refusent de "prendre leur place" dans la relation en tant qu'intervenants, notamment à l'aide du soutien que constitue le cadre thérapeutique, lui-même conséquence de l'institutionnalisation ;
- donc également, lorsque les intervenants tendent à dissimuler le cadre ou l'institution au profit d'une certaine facilitation du contact. De manière générale, lorsque les intervenants

[157] En termes systémiques, on parlerait d'*homéostasie*, le système –en l'occurrence, le cadre de l'institution *Parenthèse*– étant conçu prioritairement pour se maintenir à l'intérieur de limites entre lesquelles sa "nature" n'est pas affectée.

essaient d'avoir une apparence proche de celle des patients (mimétisme au sens littéral du terme), voire lorsque des intervenants endossent un rôle de "porte-parole" des patients auprès d'autres intervenants (par exemple, quand un intervenant intercède auprès d'un autre intervenant au nom du patient)…

Cette question du cadre et l'écueil du *toxicomimétisme* sont des éléments fondamentaux pour une approche "à bas seuil" des problématiques d'assuétude. Leur identification devrait pousser à rechercher des procédures organisationnelles qui ne soient ni de l'ordre d'un cadre à caractère réglementaire –incompatible avec une approche visant des personnes *"exclues des soins"*–, ni de l'ordre d'une absence de cadre, qui invalide toute approche thérapeutique[158]. Nier l'existence de ce cadre, c'est le laisser échapper à tout contrôle par ceux qui sont censés l'organiser, et dénier sa nécessité, c'est se mettre, en tant qu'intervenant, dans l'incapacité d'intervenir, le cadre constituant la légitimation de l'intervention.

2.3.3. MAINTENANCE ET ADAPTABILITE : Enfin, ce choix plus ou moins explicite de la *maintenance* rend très difficile la possibilité d'entrer pleinement dans un processus de recherche d'objectifs, de méthodes et de pratiques originales, pourtant souhaitées de la part d'une institution qui doit être apte à répondre rapidement et efficacement aux "demandes". La recherche-évaluation des MASS a conclu, de manière globale, qu'une caractéristique spécifique des MASS devait être leur adaptabilité. La réaction de l'institution face à un événement nouveau perturbant le cadre institutionnel –comme ce fut le cas de l'arrivée des chercheurs-évaluateurs– montre à nouveau une faible capacité au changement.

Nous avons maintes fois souligné les conditions difficiles dans lesquelles les MASS ont été placées dès leur création, et l'on doit tenir compte du fait que *Parenthèse*, en particulier, a eu à lutter pour sa survie institutionnelle et financière pendant toute la période où cette évaluation a été conduite. Il est à espérer, dès lors, que cette institution pourra se développer encore dans un proche avenir et ainsi rechercher et apporter des réponses originales aux difficultés liées inévitablement à la complexité du champ des toxicomanies.

[158] L'intervenant entrerait-il en contact avec les patients en dehors d'un cadre institutionnel et / ou thérapeutique ?

III (C). FORMALISATION SUR BASE D'UN MODULE D'ENREGISTREMENT DE DONNÉES CLINIQUES

1. Contexte et intentions

Nous avons eu l'occasion de souligner l'absence de données fiables en matière d'épidémiologie et de clinique des usagers de drogues en Belgique (Cf. Supra). Nous avons également eu l'occasion de souligner notre expérience de chercheurs en matière de construction de systèmes d'enregistrement de données dans les domaines de la Santé Mentale en général, des toxicomanies en particulier, ainsi que dans l'élaboration d'outils informatiques dans le domaine[159].

Cette expérience, outre le fait de nous apporter de bonnes connaissances en la matière, nous a permis de constater que la tâche ardue de formalisation d'un questionnaire avec différents partenaires –et l'objectif de la mise au point d'un outil informatique– oblige chacun à expliciter au maximum ses idées et à parvenir à un consensus. Dans un questionnaire en effet, chaque terme doit être défini et compris de manière univoque par tous[160]. Profitant enfin du contexte institutionnel favorisant les récoltes de données, nous avons proposé à nos partenaires de recherche –chercheurs des autres équipes de recherche, d'une part, membres des équipes des MASS d'autre part– d'ébaucher un questionnaire dans le cadre de la recherche-évaluation des MASS, questionnaire qui permettrait d'enregistrer des données à propos des patients et du suivi thérapeutique effectué avec eux dans les MASS.

Finalement, quelques réunions ont été tenues à ce sujet entre des membres des équipes des trois MASS de Wallonie (*Parenthèse* – Mons, *Diapason* – Charleroi et *Start* – Liège) et les chercheurs de l'ULB et de l'ULg.

---

[159] Pelc I., Ledoux Y ; *Epidémiologie de la toxicomanie en Belgique, rapport présenté à la Chambre des Représentants dans le cadre du groupe de travail Drogues*, 12 fév. 1996 ;
Bergeret I., Ledoux Y, Pelc I. ; *Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), Rapport de recherche scientifique 1997*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement ;
Bergeret I., From L., Joosten J., Pelc I ; *Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), Etude des caractéristiques des assuétudes sur base des données RPM au niveau fédéral*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1998 ;
Bergeret I., From L., Joosten J., Pelc I ; *Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), Rapport de recherche scientifique 1999* & *Rapport de recherche scientifique 2000*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement ;
Bergeret I., De Backer V., From L., Joosten J., Nicaise P., Pelc I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Octobre 1999 ;
Bergeret I., From L., Joosten J., Nicaise P., Pelc I ; Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM), Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Mars 2001 ;
Elaboration du logiciel *Epitox* par L. From pour le traitement informatique de la *"Fiche Commune"* du CCAD
Nicaise P., Bergeret I., De Backer V., From L., Joosten J., Pelc I. ; *Récoltes de données en matière de drogues en Belgique : une analyse critique* (article à paraître)

[160] Ceci ne veut pas dire que certaines variables doivent écartées si tous les participants n'y adhèrent pas. Il s'agissait de définir le plus grand nombre de variables communes afin de décrire les spécificités de la prise en charge chez chacun dans un cadre commun. En outre, le logiciel informatique devait permettre à chaque institution de développer ses propres enregistrements autour d'un noyau commun, et de permettre les importations / exportations de données nécessaires à tout type d'enregistrement (administratif, épidémiologique, clinique, local ou global).

La volonté de construire un *"module clinique"* répond au besoin de dépasser les carences des outils d'enregistrement de type "Pompidou", tels que le VRM du VAD utilisé en Flandre, ou la *"Fiche Commune"* du CCAD, utilisée alors en Communauté Française[161]. Ces questionnaires ont été conçus avec une visée épidémiologique et en vue d'évaluer des politiques d'organisation des soins en matière d'abus de drogues. Il s'agit donc d'un enregistrement de la demande de soins et de données concernant le demandeur. Aucune question ne porte sur le contenu de la prise en charge, sur le travail effectué avec le demandeur, et encore moins sur les suites de cette prise en charge ou sur la fin de celle-ci. Aucun item ne porte sur des objectifs à atteindre. Ce qui est même aberrant pour un questionnaire visant la demande de soins, aucun item ne porte sur le contenu de cette demande.

Toutefois, depuis le deuxième semestre de l'année 1996, les institutions psychiatriques subventionnées par le Ministère de la Santé Publique sont tenues de remplir un questionnaire à visée clinique : le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM)[162]. En 1999, le Ministère de la Santé Publique a commandité auprès de notre Laboratoire une recherche portant sur l'adaptation de ce RPM aux problématiques spécifiques des patients toxicomanes. Cette adaptation a été envisagée sous la forme d'un module spécifique[163]. Dans le cadre de la recherche-évaluation des MASS, l'objectif a donc été de doter celles-ci d'un module à visée clinique, prolongeant la logique déployée au niveau du *"RTM"*, et qui viendrait se greffer aux outils déjà existants sans se substituer à eux et sans faire double-emploi. La modularité de l'informatique devait permettre à la fois de limiter le travail d'encodage tout en offrant beaucoup de souplesse pour la redistribution ultérieure de données selon les exigences et les méthodes de chaque partie concernée.

2. Champs d'investigation sur lesquels faire porter les items du module

La première idée générale ayant émergé des discussions était une volonté de pouvoir évaluer les processus dans lesquels se trouvent les patients des MASS dans l'émergence de demandes de prise en charge impliquant des changements. Une telle mesure peut se faire à partir d'éléments observables et d'éléments ressentis par l'intervenant. D'un côté, on peut mesurer des éléments comme l'évolution du dosage des traitements à la méthadone. D'un autre côté, on peut enregistrer les demandes ponctuelles formulées par les patients tout au long de la prise en charge et les décoder selon leur contenu manifeste ou latent. Il s'agit aussi de dresser un inventaire des objectifs des prises en charge, afin de déterminer ensuite les éléments permettant de mesurer le travail effectué vis-à-vis de ces objectifs.

Après plusieurs séances de discussion, nous avons abouti à la liste suivante :

---

[161] VRM = *Vlaamse Registratie Middelengebruik*, VAD = *Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen* (Sous-Point Focal du réseau REITOX pour la Région Linguistique de langue néerlandaise). Pour plus de détails, Cf. Leurquin P. & al. ; *Rapport national belge sur les drogues 2000*, Belgian Information REITOX Network – ISP/WIV, Bruxelles, 2000

[162] Nous avons eu l'occasion de signaler ailleurs dans ce rapport que l'enregistrement des données RPM a connu des aléas juridiques. Il n'empêche que la philosophie générale de ce questionnaire est clinique et qu'il nous a paru utile de nous en inspirer.

[163] Par commodité de langage, nous avons appelé ce questionnaire : Résumé Toxicomanies Minimum (RTM).

- Antécédents : Même s'il a été précisé que le module clinique n'avait pas d'objectif épidémiologique, il est inévitable d'enregistrer de manière précoce des informations sur l'état du futur "patient" dès l'entrée. Il est en effet nécessaire de tenir compte de la situation de ce patient à l'entrée pour envisager le travail à effectuer avec lui, et aussi pour pouvoir mesurer, au cours de sa prise en charge, l'évolution de sa situation. L'enregistrement des *antécédents* recouvre donc tout ce qui décrit la situation du patient –points de vue médical, psychologique, social, par rapport à la consommation, etc.– au moment de son arrivée dans une MASS ;

- Entrée en contact et maintien des contacts : L'entrée en contact et le maintien des contacts avec le patient constituent les premiers objectifs intermédiaires des MASS (Cf. Supra). Il est possible d'enregistrer certains éléments à ce niveau : expression de demande(s) à l'entrée, type d'intervenants ayant favorisé ce contact, autres personnes impliquées dans le contact –intervenants extérieurs, famille, amis, autres patients de la MASS–, activités –au sens large– ayant favorisé le maintien du contact… Il est également possible d'enregistrer des informations sur la qualité du contact (par exemple, dans le cadre de la formalisation des processus de prise en charge à la MASS de Charleroi, il serait possible d'enregistrer les positions relationnelles du contact avec différents intervenants tout au long de la prise en charge — l'idée de pouvoir mesurer une évolution est certainement présente ici ;

- Etablissement d'une relation (thérapeutique) : Il s'agit ici d'éléments de mesure de la qualité relationnelle et de l'implication personnelle du patient dans son processus thérapeutique ;

- Expressions de demandes : Les MASS ayant pour objectif intermédiaire d'inciter le patient à entreprendre un traitement, favoriser l'expression de demandes de tous ordres donne l'occasion de stimuler la curiosité des patients envers les possibilités de traitements plus élaborés. L'enregistrement de ces expressions permet de mesurer l'évolution de l'élaboration de ces demandes. Il serait également logique d'enregistrer les réponses fournies à ces demandes ;

- La fin de la prise en charge : On sait que le transfèrement des patients vers d'autres institutions de soins dès que possible constitue également un objectif intermédiaire des MASS. Il serait donc logique d'envisager, dès le départ, les conditions de "sortie" du patient, ce qui est mis en place, les éventuelles difficultés ;

- La question de l'impact des MASS : La question de l'impact des MASS peut sembler s'éloigner de la ligne clinique suivie pour l'élaboration de ce module. Pourtant, les MASS ayant à répondre également à des objectifs non-thérapeutiques, il n'est pas inutile de chercher à mesure un impact de la MASS sur le patient, en termes de Santé Publique, voire d'Ordre Public…

3. Modalités de l'enregistrement

Au cours du processus de définition du *module clinique*, plusieurs questionnaires nous ont été présentés par les trois MASS réunies, soit des questionnaires existants déjà validés, tels le questionnaire ASI –essentiellement diagnostique et demandant une formation importante–, soit des *"questionnaires-maison"* envisagés pour un usage interne à la MASS. La plupart de ces questionnaires ne comportaient cependant que des variables diagnostiques, prises lors d'un enregistrement statique ; contrairement à notre attente qui se centrait surtout sur le processus de prise en charge dans ces axes principaux — la demande et le projet thérapeutique, les objectifs, la description du travail thérapeutique réalisé et les données épidémiologiques nécessaires à la détermination des choix cliniques. Nous visions aussi, en fait, une formalisation plus concrète sous forme d'un questionnaire, d'un mode d'emploi et, d'un prototype d'applicatif –programme informatique– de base de données.

Un seul questionnaire nous a semblé différent dans sa structure. La démarche de formalisation d'un module clinique n'ayant pas pu être menée jusqu'à son terme dans le cadre de cette recherche, nous avons finalement décidé de présenter les aspects les plus relevants de ce questionnaire en vue d'éventuels développements futurs. Il s'agit de la *"grille d'analyse de la demande"*, proposé par la MASS de Charleroi. Nous devons toutefois prendre une précaution indispensable : la version qui nous a été présentée à ce moment était expérimentale et sans mode d'emploi[164]. Or un mode d'emploi donne la référence à consulter sur la façon d'utiliser un questionnaire et ses références théoriques. La réflexion à ce propos a évolué depuis la phase d'élaboration du module clinique. Il était cependant clair, pour les auteurs de ce questionnaire, de poursuivre un objectif clinique, ainsi qu'un objectif pédagogique à destination des intervenants de leur MASS.

3.1. Présentation du questionnaire dit "grille d'analyse de la demande"

3.1.1. SITUATION À L'ADMISSION : la *"grille d'analyse de la demande"* débute par quelques éléments d'anamnèse :

- Mode de vie : seul en couple, séparé, … *(item équivalent au questionnaire de l'"Enquête-Sentinelles)**[165]
- Place dans la famille (génogramme)
- Situation socio-professionnelle *(item équivalent au questionnaire de l'"Enquête-Sentinelles)**
- Facteurs de stress psychosociaux : divorce, deuil, échéance, mauvaise dynamique familiale énoncée*

Il s'agit d'items de type épidémiologiques permettant de situer le patient selon des variables classiques de type anamnestique (génogramme, situation socio-professionnelle, stress de l'axe 4 du DSM-IV[166], …) mais qui permettent d'ancrer les aspects cliniques (investissements du patient dans des loisirs, dans des relations familiales, …)

---

[164] Ce questionnaire appartient à la MASS de Charleroi, et nous ne le reproduisons pas ici. Pour toute information complémentaire, prière de prendre contact avec *Diapason*, Cf. Annexe V.

[165] Tout au long de l'analyse de ce questionnaire, les items représentés avec une astérisque correspondent à des informations qu'il y a lieu de fournir à l'INAMI pour justifier d'une demande de remboursement de semaines de rééducation fonctionnelle.

[166] American Psychiatric Association ; *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e ed.)*, trad. fr. par Guelfi J.D. & al., Masson, Paris, 1996

Elle enregistre ensuite quelques données portant sur la situation actuelle du patient[167] :

- Re-présentation actuelle du patient (ce qu'il donne à voir de lui) : aspect vestimentaire, soins corporels, mise en avant de stigmates, traces de piqûres, cicatrices, obésité, anorexie
- Etat psychologique (présence d'une souffrance psychologique) : Dépression, idées suicidaires, tristesse, structuration spatio-temporelle (bien orienté/mal orienté) *(permet de compléter le rapport médical de l'INAMI)**
- Possédez-vous un logement ? Oui/Non, sinon quel est votre mode de logement actuel ? Quels sont vos souhaits en la matière ?*
- Avez-vous des revenus ? Oui/Non ; Source *(item équivalent au questionnaire de l'"Enquête-Sentinelles)**
- Comment utilisez-vous votre temps libre ?

A côté de données sociales classiques –logement, revenus–, et du mode d'investissement du patient dans des activités destinées à se faire plaisir –temps libre–, une observation fine du patient est demandée à l'intervenant, tant au niveau de signes extérieurs que de signes psychologiques. Il y manque cependant la valeur clinique à y accorder pour que l'intervenant puisse comprendre ce qu'il fait en complétant ce questionnaire. En effet, l'enregistrement "administratif" de signes extérieurs comme l'aspect vestimentaire pourrait rapidement devenir stigmatisant. Ceci doit faire l'objet d'une attention particulière dès la conception du questionnaire, afin qu'il soit utilisé correctement vis-à-vis de l'objectif énoncé. Il s'agit, une fois encore, d'une question de cadre clinique.

3.2.2. ELÉMENTS ÉVÉNEMENTIELS : il s'agit d'enregistrer des éléments du parcours personnel du patient.

1. Degré d'implication dans la demande de soins

- Comment avez-vous fait pour savoir que vous pouviez venir ici ?
- Est-ce que vous êtes renseigné pour savoir ce qu'on fait ici ?
- Cotation sur l'implication du patient dans son entrée en contact avec l'institution : depuis la famille (Famille = 0) ; le médecin (Médecin = ½) ; jusqu'au patient lui-même (Patient = 1)
- Qui a pris le premier contact avec le centre : le patient ou autre personne ? Si autre personne, qui ? Si une autre personne, est-ce qu'elle a agi à la demande du patient ou de sa propre initiative ? (Autre personne seule = 0 ; Autre personne (à la demande du patient) = ½ ; Patient = 1)
- Importance d'être accompagné lors du premier contact : est-ce que vous seriez venu seul ? (Non = 0 ; Oui, mais c'est bien d'être accompagné = ½ ; Oui = 1) ;

L'intervenant est invité à faire explorer au patient son entrée en contact avec la MASS. Chemin faisant, le patient et l'intervenant doivent se situer, au premier abord, vis-à-vis de l'institution. Celle-ci est donc bien présente pour les deux protagonistes, et l'analyse d'un tel parcours correspond à une incitation à l'approfondissement de la demande. On perçoit, dans la formulation des items, que l'entrée en contact est examinée sous un angle relationnel — qui correspond à l'approche de la MASS de Charleroi, Cf. Supra. Le mode d'entrée en relation avec l'institution est estimé sur base d'une hypothèse qui pourrait être formulée de cette manière : plus la demande est effectuée en solitaire et de façon informée / non impulsive, plus grande est l'implication personnelle du patient, ce qui le situe dans sa capacité à entrer dans le processus d'élaboration de la relation thérapeutique.

[167] Situation actuelle équivaut, dans la pratique de *Diapason*, à l'admission du patient, ce questionnaire étant utilisé lors de l'*analyse de la demande*, Cf. Supra. Nous avons vu toutefois que cet enregistrement pourrait intervenir plus tard au cours de l'élaboration de la relation thérapeutique. Le questionnaire permet, éventuellement, d'amorcer celle-ci, en structurant les contacts dans la *position d'accueil*.

2. Injonction thérapeutique

- Le patient est-il sous le coup d'une injonction thérapeutique ? Oui/Non
- Cette injonction mentionnait-elle clairement un centre d'aide aux toxicomanes ? Oui/Non. Si non, pourquoi avoir choisi *Diapason* ?

Il s'agit d'un complément à la question portant sur le degré d'implication du patient dans la demande de soins. Si la demande est déterminée par l'obligation (condition probatoire) de suivre un traitement, la *"reconnaissance mutuelle"* du patient et de l'intervenant en sera affectée. Une telle indication est quelquefois ressentie comme péjorative par les intervenants : le patient peut en effet la mettre en avant pour se prémunir d'une certaine obligation à se sentir concerné –même si son implication personnelle existe bel et bien– ; à l'instar du patient, l'intervenant peut également percevoir cette situation de contrainte comme déconsidérante vis-à-vis de son travail, notamment s'il considère l'implication personnelle du patient comme un facteur nécessaire à son intervention[168].

3. Antécédents

- Judiciaires ? *(item équivalent au questionnaire de l'"Enquête-Sentinelles)*
- Consultation psychologique *(item équivalent au questionnaire de l'"Enquête-Sentinelles)**
- S'agit-il d'un premier contact avec un centre d'aide aux toxicomanes ?* Sinon quand ? *(item équivalent au questionnaire de l'"Enquête-Sentinelles)**

Ces données sont indicatives de la "gravité" du parcours du patient ; les données "judiciaires" quant aux écarts à la norme sociale[169] ; les données de "consultation psychologique" et de "premier contact" quant aux parcours déjà réalisé auprès d'institutions de soins et aux autres pathologies éventuelles. Elles peuvent donner aussi une indication sur les démarches faites par le patient pour s'en tirer.

4. Attitudes par rapport à la toxicomanie

- Age de la première consommation*(item équivalent au questionnaire de l'"Enquête-Sentinelles)*
- Parcours dans la toxicomanie *(item équivalent au questionnaire de l'"Enquête-Sentinelles)**
- Y a-t-il eu des conséquences à votre toxicomanie (implications concrètes) ?
- Comment le patient voit-il sa vie actuelle hors du champ de la toxicomanie ? Y a-t-il une demande autre que les soins par rapport à la toxicomanie ?

Les items ne se limitent pas à enregistrer les produits consommés et l'âge de la première consommation, mais tentent de reconstruire tout le parcours du patient vis-à-vis de sa consommation de drogues. La question relative à la perception qu'a le patient de sa vie *"hors du champ de la toxicomanie"*, ainsi que le fait de l'amener à se situer dans une *"demande autre que les soins par rapport à la toxicomanie"*, constituent une invitation explicite à décentrer la relation du produit vers d'autres aspects de la problématique du patient[170]. L'intervenant se

[168] L'obligation contractuelle, engageant l'institution vis-à-vis d'un juge à prendre ce genre de patient, pourra lui paraître comme une contrainte à devoir négliger l'implication du patient.

[169] En ce qui concerne les données d'antécédents judiciaires, il est cependant dommage qu'aucune distinction ne soit tentée entre les antécédents judiciaires liés à la législation en matière de drogues –qu'un consommateur de drogues illicites viole par définition– et des antécédents judiciaires d'une autre nature –vols, violences…–, qui peuvent servir d'indicateur clinique quant au rapport du patient avec les normes sociales. Il s'agit d'une question délicate vis-à-vis du respect de la vie privée du patient, et l'on ne peut, une fois encore, qu'insister sur le cadre thérapeutique qui peut permettre de donner un sens clinique à cet enregistrement.

[170] Ce qui est cohérent vis-à-vis des choix de *Diapason*, Cf. Supra.

positionne donc de la sorte dans un rôle qui va au-delà de l'écoute de doléances quant au produit et permet également au patient de s'y essayer[171].

5. Relations avec le milieu extérieur : faire parler le patient au sujet de… (attention à qui amène le sujet : discours spontané si c'est le patient, discours induit si c'est l'intervenant)*

- la famille : (décrochage relationnel = 0 ; difficultés = ½ ; en relation = 1)
- les amis : (décrochage = 0 ; difficultés = ½ ; en relation = 1)
- Hors de la toxicomanie : (décrochage = 0 ; difficultés = ½ ; en relation = 1)
- Suivi extérieur (à préciser) :

On dresse la carte des relations sociales qu'entretient le patient. L'intervenant cerne ainsi les éventuelles carences en termes de liens sociaux et les suppléances –aides– utilisées par le patient.

6. Attitude relationnelle observée durant l'entretien (qualité relationnelle)

- Symptomatologie physique : sevré / non-sevré / manque*
- Facteurs dépressifs sous-jacents ou réactionnels ?*
- Attitude relationnelle par rapport à la demande : cotation subjective dans un continuum, où le moins est décrit comme *"repli sur soi, demande stéréotypée, fuit les questions"*, et le plus est décrit comme *"est à l'écoute, regarde l'intervenant, participe à l'entretien, veut se faire comprendre"*
- Facteurs psychologiques observés en cours d'entretien* : (–) *"Incohérence, éléments délirants"* ↔ *"Cohérence"* (+) ; (–) *"Anxiété, confusion"* ↔ *"à l'aise"* (+) ; (–) *"Idées fixes"* ↔ *"Pensée bien construite"* (+) ; (–) *"Absence de projet"* ↔ *"Projet"* (+)
- Facteurs de dissonance du discours par rapport au comportement physique*: (–) *"Désaccord, incohérence affective dans les différents énoncés"* ↔ *"Accord, cohérence affective"* (+)
- Demande verbalisée (si oui, cocher) : Consultation médicale, demande de sevrage en milieu résidentiel, demande de sevrage ambulatoire, consultation psychologique ou psychothérapeutique, soutien psychologique, aide socio-administrative, demande de substitution en vue d'un sevrage évoqué, demande de substitution sans notion de sevrage, autre demande

Les items anamnestiques ont leurs apports et leurs limites. En effet, les données y sont rapportées par le patient et dépendent de sa bonne volonté, de sa capacité cognitive à les organiser –mémoire et perception–, de phénomènes tels que la désirabilité sociale — Cf. Supra… L'intervenant, seul cette fois, met explicitement en œuvre sa capacité à analyser ses observations et à communiquer son analyse. Tant les signes physiques que psychologiques y sont objet d'attention et de décodage, ainsi que la sensibilité de l'intervenant aux éléments transférentiels de la relation d'entretien. Il est clair que consigner par écrit la détection et la description de signes portant sur des aspects multiples, suppose une formation et une expérience clinique suffisante –et suffisamment partagée par tous les membres de l'équipe, quel que soient leur formations de base–, ainsi que la pratique du complètement de ce questionnaire.

3.2.3. CONCLUSION (DU QUESTIONNAIRE) : La *"grille d'analyse de la demande"* se termine par une série d'items récapitulatifs de l'entretien

- Degré d'implication dans la demande de soins : pas d'implication = 0 ; transition, je m'implique mais pas trop = ½ ; implication maximale = 1

[171] L'intervenant peut, en quelque sorte, jauger la capacité du patient à se décentrer du seul lien entre lui et la substance.

- Attitude relationnelle par rapport à l'intervenant : (–) *"Evitement, méfiance"* ↔ *"Est dans la relation, collaboration, confiance, recherche de contacts"* (+)
- Projet idéal du patient : compte tenu de tout ce que nous venons de dire, si vous aviez une baguette magique, quelles sont les trois choses que vous voudriez changer dans votre vie ?
- Projet de l'intervenant. Rem : Chaque point de projet est décrit selon ce que le patient exprime comme projet et selon ce que l'intervenant pense pouvoir déterminer comme projet, sur base de 6 critères : consultation médicale (et nom du médecin), traitement de substitution à la méthadone, soutien psychologique, suivi psychothérapeutique, aide socio-administrative, sevrage résidentiel (et lieu d'accueil)

L'intervenant indique sa perception de l'implication du patient dans la demande de soins (première question) en termes d'intensité. Il décrit ensuite (deuxième question) des éléments relationnels et est invité à le faire en termes d'observation de la relation. Cette description repose sur une interprétation de perceptions de l'ordre du "transférentiel" et du "contre-transférentiel" — au sens analytique de ces termes. En l'absence d'un mode d'emploi, rien n'est dit cependant sur le cadre de(s) référence(s) à prendre en compte.

Les deux questions finales sont d'ordre projectif[172], et positionnent l'intervenant et le patient dans une même démarche, chacun de son point de vue : la troisième question invite le patient à se prononcer sur un projet idéal, *"en tenant compte de tout ce que nous venons de dire"*, donc tout ce que l'intervenant a pu faire dire au patient en lui posant des questions standardisées, en tant que balisage à l'entretien. Mais la quatrième question, invite l'intervenant à faire de même, en ventilant la question sur un ensemble de critères correspondant, en gros, aux volets d'interventions thérapeutiques offertes à la *Diapason*.

Cette partie projective du questionnaire a également été envisagée en vue de refaire une évaluation avec le patient sous l'angle du projet exprimé, à divers moments après le premier remplissage du questionnaire. Il pourrait en être de même pour l'intervenant et l'équipe thérapeutique.

Il est dommage cependant que rien ne permette de faire la distinction entre les demandes implicites et explicites *–latentes et patentes–* contenues dans les propos du patient. Cette distinction est pourtant importante, Cf. notre propre *grille d'analyse des processus de prise en charge à Diapason*, Supra.

3.2. Commentaire général

L'intervenant, par le parcours systématique du questionnaire, est amené à synthétiser sa démarche d'investigation auprès du patient ; il doit exprimer son avis d'intervenant –et non d'un quidam exprimant des préjugés ou des intuitions– et le questionnaire est là pour le guider dans une méthodologie standardisée. En outre, le questionnaire ne vise pas le patient en tant qu'objet d'étude –comme un rat de laboratoire–, mais vise la relation thérapeutique qui est en cours d'élaboration avec le patient. Cela suppose une formation consistante et continuée, une valorisation / utilisation des données résultant de la pratique systématique du questionnaire, et enfin, la présence d'un cadre clinique qui permet de donner un contexte utile à la démarche d'entretien. Autrement dit, ces données permettent à l'équipe d'intervenants d'asseoir une

[172] Au sens de "test projectif" (*Rorschach*, TAT, etc.) : il s'agit de tests psychologiques où le sujet est amené à livrer ses interprétations sur des stimuli, visuels principalement, informels et multivoques. La consigne ("si vous aviez une baguette magique") est typique de ce genre de démarche.

vision commune –institutionnalisée– du patient, de communiquer autour de celle-ci, quitte à en modifier le contenu au fil du développement de la prise en charge.

Le questionnaire était à l'état de prototype lorsqu'il nous a été soumis, mais avait déjà été mis en application à titre de test. Les analyses résultant de sa mise en pratique étaient indicatives du fonctionnement institutionnel du moment. En effet, l'*analyse de la demande* intervenait très tôt après l'*accès à l'accueil* du patient –ce qui permettait de récolter un nombre important de données nécessaires au complètement de la demande de remboursement auprès de l'INAMI–, mais pouvait entrer en relative contradiction avec le *travail d'accueil* et la *notion de "bas seuil"*. Elle pouvait également être perçue par l'*équipe accueil* comme une implication trop marquée de l'institution — un cadre trop présent. Enfin, l'idée de joindre un questionnaire clinique et des "obligations" épidémiologiques et administratives leur paraissait faire perdre de son sens au cadre de l'entretien. Celui-ci risque alors de devenir contre-productif, au sens où une démarche se voulant d'ordre clinique est stigmatisée par son aspect intrusif –le questionnaire était perçu par les intervenants de l'accueil comme s'interposant entre le patient et eux–, au point d'être transformée en son contraire[173].

Il faut encore signaler le haut niveau de formation et de connaissance du cadre thérapeutique de l'institution pour faire passer cet entretien correctement. Ce qui pose la question des intervenants à même d'assumer cette tâche. Il y a nécessité, le cas échéant, d'une formation à la relation clinique (écoute, observation, analyse des données recueillies, transmission vers l'équipe, ...). Les intervenants de l'accueil ont en réalité d'autres tâches à assumer : ils ont à jouer un rôle plus actif et moins distancié, puisqu'ils ont la charge du travail d'accueil[174].

Un tel questionnaire ne constitue qu'une partie du dispositif de la prise en charge. Au même titre que toutes les activités mise en place, il doit être rendu cohérent et légitimé par la mise en place d'un cadre de référence consistant et auquel chacun des intervenants adhère, sans quoi sa fonction devient problématique.

[173] Il faut remarquer, en outre, la grande superposition entre le questionnaire d'analyse de la demande et le formulaire INAMI, si l'on en juge par le nombre d'astérisques.

[174] Le *travail d'accueil* comporte, de fait, un rôle éducatif : il faut former le patient au contexte dans lequel une relation va pouvoir se développer. Ce n'est pas une tâche aisée, comme nous avons eu l'occasion de le montrer tout au long de l'analyse des processus de prise en charge. Plus récemment, l'équipe a choisi de confier l'"*analyse de la demande*" à une assistante psychologue qui a intégré l'*équipe accueil*. Cette solution présente néanmoins l'inconvénient de faire perdre à ce questionnaire ses caractéristiques d'implication des intervenants de l'accueil dans l'*élaboration de la relation thérapeutique*.

IV. Analyse des effets des MASS sur les bénéficiaires des services et sur les réseaux régionaux d'intervention

1. Effets des MASS sur les bénéficiaires des services : les Focus Groups

1.1. Méthodologie

- *Focus Groups (avec Modus Vivendi)* : *"Le* focus group*, ou groupe de discussion, peut être défini comme une méthode de recherche sociale qualitative qui consiste à recruter un nombre représentatif de groupes de six à douze personnes répondant à des critères homogènes, à susciter une discussion ouverte à partir d'une grille d'entrevue de groupe définissant les thèmes de l'étude et à en faire une analyse-synthèse permettant de relever les principaux messages-clés émis par les participants, de même que les points de convergence et de divergence entre les groupes de l'échantillon"*.
- Parole des usagers de drogues fondamentale pour une institution supposée s'adapter à sa patientèle.
- Huit groupes : deux groupes de patients de *Diapason*, deux groupes de patients de *Parenthèse*, deux groupes d'usagers de drogues non-patients de *Diapason* à Charleroi, un groupe d'usagers de drogues non-patients de *Parenthèse* à Mons, un groupe d'usagers de drogues non-patients de *Parenthèse* à La Louvière.
- Recrutement des participants par un *"jobiste-recruteur"* (informateur) rémunéré, (ex-) usager de drogues, ayant une bonne connaissance des habitudes du public-cible à l'échelle locale. Utilisation du "bouche-à-oreille", d'affichettes et de *"flyers"*. Résultat imprévisible.
- Participants rémunérés (500 BEF pour deux heures). Garantit la bonne volonté à participer, neutralise la relation entre animateurs et participants : travail de consultation d'experts. Rencontres dans des lieux neutres.
- Thématiques abordées (guide d'interview) : situation des consommations de drogues dans leurs régions, offres d'assistance disponibles dans leurs régions, besoins en matière d'assistance, circonstances d'arrivée dans les MASS, avis sur ces institutions, conditions d'accès, prestations des intervenants, manques… (groupes de patients) ; connaissance et représentation des MASS, raisons pour y faire appel ou qui dissuadent d'y faire appel…(groupes de non-patients).

Nous avons eu l'occasion de signaler ailleurs dans ce rapport l'impossibilité d'avoir une mesure quantitative des effets des MASS sur les populations d'usagers de drogues. Il nous a semblé cependant fort important d'accéder, dans la mesure du possible, à la parole d'usagers de drogues, patients des MASS ou non, afin d'obtenir une indication qualitative des effets des MASS sur les bénéficiaires potentiels ou effectifs de leurs services[175]. Dans le but d'obtenir une telle indication qualitative, nous avons décidé de recourir à la méthode dite des *Focus Groups*. Cette démarche a été réalisée en partenariat avec l'asbl *Modus Vivendi*, familière de ce type de technique.

"*Le* ***focus group****, ou groupe de discussion, peut être défini comme une méthode de recherche sociale qualitative qui consiste à recruter un nombre représentatif de groupes de six à douze personnes répondant à des critères homogènes, à susciter une discussion ouverte à partir d'une grille d'entrevue de groupe définissant les thèmes de l'étude et à en faire une analyse-synthèse permettant de relever les principaux messages-clés émis par les participants, de même que les points de*

[175] Cette écoute était d'autant plus intéressante qu'elle peut être mise en perspective avec les recherches de Pascale Jamoulle, déjà citées, ayant pour objet le point de vue des usagers de drogues sur les services de soins dans les mêmes régions d'investigation, étant donné que : *"Au cours de l'enquête de terrain, j'ai rencontré peu d'enquêtés en contact avec la MASS carolorégienne. En effet, elle a principalement été menée au moment où la maison d'accueil s'implantait dans le réseau carolorégien. Les recours à ce dispositif n'avaient pas l'ampleur qu'ils ont aujourd'hui"* ; Cf. Jamoulle P. ; *Drogues de rue, récits et styles de vie,* De Boeck Université, "Oxalis", Bruxelles, 2000, p. 200

convergence et de divergence entre les groupes de l'échantillon"[176]. La démarche de *Focus Group* s'inscrit pleinement dans une méthodologie générale de recherche-action, dans la mesure où il s'agit de favoriser l'implication de chaque participant, *"étant l'expert de son propre vécu"*[177]. En outre, le *Focus Group* est aussi une démarche d'action, puisqu'il permet, en l'occurrence, de faire circuler de l'information sur les MASS parmi les groupes d'usagers de drogues recrutés. Il s'agit enfin d'utiliser l'occasion de cette rencontre pour faire circuler des messages préventifs de réduction des risques, de distribuer des brochures, des préservatifs…

Il ne s'agit donc nullement de prouver des éléments de recherche, mais bien de décrire le pourquoi et le comment des phénomènes étudiés, tels que perçus par les utilisateurs de ces services. Il est assez évident que cette information est fondamentale pour l'éventuelle réorganisation de certains processus, surtout dans le cadre d'une institution supposée s'adapter à sa patientèle.

Pour cette recherche-évaluation, et en accord avec *Modus Vivendi*, nous avons décidé d'organiser huit groupes : deux groupes de patients de *Diapason*, deux groupes de patients de *Parenthèse*, deux groupes d'usagers de drogues non-patients de *Diapason* à Charleroi, un groupe d'usagers de drogues non-patients de *Parenthèse* à Mons, un groupe d'usagers de drogues non-patients de *Parenthèse* à La Louvière.

Le recrutement des participants a été effectué au moyen de méthodes de type ethnologique : un *"jobiste-recruteur"* –c'est-à-dire, un informateur, lui-même (ex-) usager de drogues, ayant une bonne connaissance des habitudes de la population recherchée à l'échelle locale, des particularités culturelles, des lieux de "deal", etc.– annonce la tenue des groupes et en explique la teneur. La publicité de l'événement, outre le "bouche-à-oreille", est soutenue par des petites affichettes apposées dans les locaux des MASS –pour les groupes de patients–, et par des *"flyers"* — petits morceaux de papier que l'on peut facilement glisser dans sa poche et qui récapitulent le lieu, la date et l'heure du rendez-vous. La tâche de recrutement a été assurée par *Modus Vivendi*, utilisant ses réseaux de contact habituels. Cette tâche s'avère délicate, dans la mesure où le nombre de personnes qui participeront effectivement aux groupes est totalement imprévisible. Il faut donc recruter un grand nombre de personnes pour n'obtenir parfois qu'un petit nombre de participants. En outre, un recrutement organisé à plus de trois jours de la date de la réunion a peu de chances d'être efficace. Par ailleurs, le "jobiste-recruteur" doit lui-même être encadré : il est formé pour mener cette tâche à bien, et est rémunéré pour ce travail.

Les participants aux *Focus Groups* sont également rémunérés lorsqu'ils participent à un groupe — 500 BEF pour une réunion d'environ deux heures. Cet incitant financier est annoncé sur les *"flyers"* et garantit un minimum de bonne volonté à participer. En outre, il permet de neutraliser la relation entre les animateurs du groupe et les participants : il s'agit ni plus ni moins d'un travail de consultation d'experts, les participants aux groupes sont donc placés en position de partenaires de travail.

---

[176] Simard G. ; *La méthode du "Focus Group", Animer, planifier et évaluer l'action*, Mondia, Laval (Québec), 1989, pp. 9-10

[177] *Ibid.*

Les entrevues se sont tenues dans des lieux neutres et en l'absence de représentants des MASS[178]. Chaque groupe a duré environ deux heures. Les réunions étaient co-animées par un animateur de *Modus Vivendi* et un chercheur de l'équipe de l'ULB[179]. Par ailleurs, l'animation des rencontres étaient gérées par un "guide d'interview" reprenant les différentes thématiques à aborder — mis au point en partenariat également, ce guide d'interview ayant également été soumis, pour avis, aux équipes des MASS. Les thématiques abordées dans ce guide d'interview ont porté sur : les représentations des participants à propos de la situation des consommations de drogues dans leurs régions, leurs représentations quant aux offres d'assistance disponibles dans leur région, leurs besoins en matière d'assistance. Pour les groupes de patients, les thématiques concernaient également les circonstances de leur arrivée dans les MASS, leur avis sur ces institutions, les conditions d'accès, les prestations des intervenants, les manques… Pour les groupes de non-patients, les questions portaient sur leur connaissance et leur représentation des MASS, et les raisons qui les inciteraient à y faire appel ou qui les dissuadent d'y faire appel… Evidemment, le dispositif laissant une grande liberté de parole, d'autres sujets ont été abordé à l'intérieur de ces grandes thématiques, comme la situation légale des drogues, les effets de celles-ci, les rapports des patients à la méthadone, leur représentations du sevrage ou de l'abstinence…

1.2. Résultats

- Six groupes ont eu lieu. Recrutement des patients des MASS aisé, recrutement des non-patients difficile.
- A Mons, pas de lieu de rencontre connu (confirmation d'autres résultats). A Charleroi, *"ne pas être patient à* Diapason" = ne fréquenter que la *Salle d'Accueil*. Donc, peu de non-patients au Centre-Ville de Charleroi. Mais : recherche de toxicomanes aux opiacés uniquement, recrutement au Centre-Ville uniquement, utilisation des réseaux culturels connus parmi les populations de toxicomanes, uniquement. Quid des consommateurs d'autres substances, des autres entités de la ZIG de la MASS de Charleroi, d'éventuels groupes ultra-marginalisés ?
- La plupart des participants ont déjà une longue expérience des contacts avec les institutions de l'offre d'assistance. D'autres résultats non-généralisables ont été obtenus.

Huit groupes étaient programmés, six ont finalement eu lieu — les deux groupes restants, un groupe de non-patients à La Louvière et un groupe de non-patients à Charleroi, n'ayant pas attiré suffisamment de participants. Le recrutement des patients des MASS était relativement aisé, puisque ces institutions ont une accessibilité accrue : il a suffi aux jobistes-recruteurs de passer du temps dans la *Salle d'Accueil* de *Diapason* et dans les salles d'attentes des antennes de *Parenthèse*[180].

Le recrutement des non-patients a été beaucoup plus difficile, et la manière dont celui-ci s'est déroulé constitue également une indication intéressante pour la recherche. En effet, la

[178] Les groupes se sont tenus dans les locaux des Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) de La Louvière et de Mons, ainsi que dans une salle de réunion du CHU de Charleroi. Nous les remercions de nous avoir hébergé.

[179] Sauf pour les groupes de patients de la MASS de Charleroi, animés uniquement par les travailleurs de *Modus Vivendi*. En effet, étant donné le dispositif de la *Salle d'Accueil*, les chercheurs étaient en mesure d'avoir déjà rencontré des patients de l'institution.

[180] Les équipes des deux MASS étaient averties de l'opération de recrutement, mais ne devaient en principe pas intervenir dans ce processus.

difficulté à rencontrer des usagers de drogues non-patients des MASS peut être attribuée à des explications différentes dans les deux régions investiguées.

> *En ce qui concerne Mons* : ni les intervenants de *Modus Vivendi*, ni les jobistes-recruteurs n'ont découvert de lieu propice à la rencontre avec des usagers de drogues[181]. Cette situation renforce les résultats déjà obtenus lors de l'étude des ZIG, quant à la moindre visibilité de la consommation de drogues à Mons. En outre, il y a lieu de tenir compte de la structure urbaine particulière de la région, avec un certain nombre de petits centres urbains dispersés, compliquant ainsi le recrutement. Nous avons par ailleurs eu l'occasion de rencontrer et d'interroger les jobistes-recruteurs. Ils confirment l'absence de lieux de "deal" reconnus. Selon eux, aujourd'hui, l'usage du téléphone mobile permet très aisément de passer commande et de fixer un rendez-vous, y compris dans un domicile, sans devoir recourrir aux espaces publics.
>
> *En ce qui concerne Charleroi* : la difficulté de rencontrer des usagers de drogues non-patients de la MASS ne tient pas à l'absence de lieux de recrutement. Par l'intermédiaire de celui-ci, nous avons découvert que *"ne pas être patient à* Diapason" signifie le plus souvent ne fréquenter que la *Salle d'Accueil* de la MASS de Charleroi. La difficulté de rencontrer des non-patients, selon nos critères, tient donc au fait que ceux-ci semblent avoir disparu du centre-ville. Tous les usagers de drogues rencontrés fréquentent, au moins minimalement, la *Salle d'Accueil* de *Diapason*. Il s'agit donc d'un résultat positif vis-à-vis de l'objectif de *maintien du contact* avec des usagers pas, plus ou insuffisamment aidés par les services réguliers de soins. Il reste néanmoins à tempérer cette constatation.
>
> Le fait que des usagers de drogues ne fréquentant pas *Diapason* n'aient pas été rencontrés lors du recrutement pour les *Focus Groups* ne signifie pas que ceux-ci n'existent pas. Premièrement, nous avons essentiellement recruté des personnes répondant aux modes de vie habituels des toxicomanes aux opiacés. Cela signifie que nous n'avons pas cherché à recruter d'autres types d'usagers de drogues. Certes, les toxicomanes aux opiacés constituent le public privilégié des MASS, mais nous savons qu'en principe, les MASS peuvent admettre d'autres types de patients, dont nous ne connaissons pas les relations aux services de soins[182]. Deuxièmement, il est possible qu'un public marginalisé ait un mode de vie très différent des habitudes des toxicomanes aux opiacés "classiques", et qui ait totalement échappé à notre recrutement. Troisièmement, le recrutement a été réalisé au centre de Charleroi, ce qui ne nous donne aucune indication sur la réalité du phénomène dans les quatorze autres anciennes communes qui forment aujourd'hui la Ville de Charleroi, et encore moins en ce qui concerne les autres communes de la ZIG de la MASS de Charleroi.
>
> Cette situation est confirmée par la surveillance épidémiologique des intervenants de *Diapason* : depuis quelques temps, alors que l'institution a atteint sa capacité maximale de facturation, les arrivées de nouveaux patients tendent à se stabiliser, ce qui fait dire aux intervenants que le "stock" de patients potentiels est atteint. En ce qui nous concerne, nous ne pouvons dès lors que souligner l'importance des autres entités de la ZIG de la MASS, où peut être cette institution aurait un rôle à jouer.

Les *Focus Groups* constitués ont réuni, en moyenne, une dizaine de personnes dont les âges allaient de 18 à 40 ans ; avec une majorité d'hommes — moyenne d'âge : 30 ans, durée de fréquentation des MASS : de 1 à 4 ans, la plupart des participants sont des usagers d'opiacés depuis plus de 7 ans[183]. Afin de contextualiser la parole des participants, il importe également de souligner que l'animation de tels groupes est parfois chaotique et chahutée,

[181] *Modus Vivendi* gère, tout au long de l'année, des *"opérations Boule-de-Neige"*, qui consistent à faire circuler des informations de prévention auprès des usagers de drogues par l'intermédiaire de pairs recrutés pour l'occasion. Les intervenants de *Modus Vivendi* nous avaient signalé, dès la première réunion préparatoire aux *Focus Groups*, les difficultés déjà rencontrées au niveau du recrutement à Mons, pour les mêmes raisons.

[182] Cf. Résultats de l'étude des ZIG.

[183] Ces chiffres sont extraits des dires des participants et ont essentiellement une valeur d'identification des profils de ceux-ci, afin de contextualiser leurs propos.

certains participants cherchant à monopoliser la parole ou l'attention des animateurs, et tous ayant fortement envie de s'exprimer. Les séances sont enregistrées puis retranscrites[184]. La "parole" qui en ressort est donc aussi conditionnée par les moyens techniques — position du micro au milieu du groupe mais ne captant pas forcément tout ce qui se dit et favorisant ceux qui parlent le plus fort ou les mieux placés, difficultés de transcription lors moments de chahut, conversations en aparté parfois captées par l'enregistrement…

> *En ce qui concerne les groupes de Charleroi* : la plupart des participants ont déjà une longue expérience des contacts avec les institutions de l'offre d'assistance, y compris dans d'autres régions (Liège, Bruxelles). Leur arrivée à la MASS semble plutôt correspondre à une nouvelle tentative suite à la création d'un nouveau service (*"attitude de curiosité"*, Cf. Supra). La connaissance du service est surtout le résultat du "bouche-à-oreille", parfois de l'accompagnement d'autres services, notamment des médecins généralistes. Lorsque l'on évoque la consommation de drogues dans la région, chacun souligne l'arrivée massive de cocaïne sur le marché, alors que l'héroïne se ferait plus rare. L'utilisation du téléphone mobile facilite le contact avec les dealers et la discrétion des rencontres.
>
> Comme nous avons eu l'occasion de le souligner ci-dessus, la MASS est connue, et les participants la désignent comme la seule institution susceptible de leur apporter de l'aide. En même temps, ils affirment qu'elle n'est pas encore assez connue et qu'il en *"faudrait d'autres en plus, deux ou trois sur Charleroi"*, selon certains, pas trop près, pour l'anonymat ; selon d'autres, pas trop loin, pour l'accessibilité.
>
> Lorsqu'ils parlent des intervenants de *Diapason*, les participants marquent de la sympathie et de la compassion, notamment pour l'*Equipe Accueil* : *"ils doivent avoir les nerfs solides pour faire face aux exigences des patients"*. *"Les éducateurs sont pris pour de la merde"*. *"Ce n'est pas la police ni la prison,* [bien que parfois] *il y a eu des problèmes de confidentialité quand ils ont appelé la police lors de violences dont j'étais responsable... Il y a pourtant le secret professionnel, la confidentialité, la confiance,…"*. *"Ils sont trop peu nombreux, changent souvent — ou bien ce sont des stagiaires…"*
>
> En ce qui concerne la satisfaction des patients vi-à-vis de l'assistance offerte à la MASS : les intervenants *"changent trop souvent"*, *"c'est plus autant accessible depuis le changement d'horaire : c'est fermé le week-end, c'est fermé en fin d'après-midi, au moment où on risque le plus de déconner, il y a du filtrage suite au bordel"*[185]. *"Un Centre, c'est fait pour être ouvert, en fait, pour mieux accueillir. 'Y-a pas de logique pour ouvrir, c'est comme un grand magasin, tout le monde est client. Même dans le but où tu vas sortir sans rien acheter, je te laisse entrer,... Eh bien,* Diapason *c'est un* magasin pour toxicomanes *: ou bien personne ne rentre l'après-midi, ou tout le monde rentre... !"*[186].
>
> Certains patients soulignent le fait que *Diapason* s'intègre dans leurs filières de la "débrouille" : *"C'est bien pour les petits services : la douche, le petit dej', le téléphone, la méthadone…"*. Visiblement, l'utilisation de l'institution telle qu'elle offre ses services en *position d'accueil* correspond à ce qui est recherché. Cependant, d'autres perceptions sont également évoquées : *"je vais chez le médecin pour les ordonnances,* [mais…] *il y a les autres consommateurs et je me brûle"*, *"les patients sont tous ensemble, ça fait beaucoup de personnes, pas au même niveau, on en voit rechuter"*. On voit s'exprimer ici les crises d'identité visées lors de l'examen de la *position d'accompagnement* : le dispositif de la *Salle d'Accueil* permet d'illustrer le processus de rapprochement / distanciation qui peut s'opérer entre les patients et les intervenants, mais aussi parmi les patients entre eux.
>
> En ce qui concerne l'accessibilité et le suivi : *"Il manque des éducateurs de rue... pour ceux qui ont fait le premier pas mais qui restent encore en dehors"*, *"Ça manque d'un accompagnement, de préparatifs à*

[184] Par les soins de Modus Vivendi.

[185] Au moment de la tenue des *Focus Groups*, les après-midi étaient réservés aux entretiens individuels. Ces changements se sont produits notamment à la suite de bagarres et de difficultés dans la gestion de l'agressivité de certains patients.

[186] Nous reviendrons sur certaines de ces considérations lors de l'examen des circuits de soins. Remarquons ici, au passage, la question de l'identification telle qu'évoquée lors de l'examen de la position d'accompagnement à la MASS de Charleroi. Nous remarquons aussi l'allusion économiciste qui voudrait que le patient soit un client dont la volonté est toute puissante *("le patient est roi")* — Cf. Infra

la sortie… des moments d'accueil spécifiques pour ceux qui terminent", "Il manque un suivi après le traitement quand on a fini. Car c'est comme si on changeait de vie... ou lorsqu'on est en prison...".

Enfin, en ce qui concerne les autres institutions de l'offre d'assistance, elles sont connues pour avoir été fréquentées, mais ne semblent pas remporter les suffrages, elles *"servent à faire le tour"*… Des noms d'institutions sont cités, mais il est clair que les patients n'ont pas conscience des spécificités de chacune, ni d'une logique qui aurait été à l'œuvre dans le choix d'un tel parcours[187].

En ce qui concerne les groupes de Mons : la plupart des participants ont déjà une longue expérience des contacts avec les institutions de l'offre d'assistance, essentiellement dans d'autres régions (Charleroi, Liège, Bruxelles). Leur arrivée à la MASS de Mons semble correspondre à une nouvelle tentative suite à la création d'un nouveau service, bienvenu car perçu comme un service de proximité. La connaissance du service est surtout le résultat du "bouche-à-oreille", parfois de l'accompagnement d'autres services, notamment de médecins généralistes ou de la Justice. Lorsque l'on évoque la consommation de drogues dans la région, les participants soulignent qu'*"on trouve de tout, et plus facilement qu'avant, mais c'est de moins bonne qualité"*. L'utilisation du téléphone mobile facilite le contact avec les dealers et la discrétion des rencontres. Les participants confirment que l'approvisionnement à lieu *"en privé, c'est pas à tous les coins de rue comme à Bruxelles. On livre à domicile, il faut plus se déplacer"*.

Parenthèse est surtout connu pour l'accès facilité à la méthadone et *"parce que c'est pas cher. J'y vais parce que j'avais pas trop d'argent"*[188]. Selon les participants, il y a *"trop de trafic dans et autour de* Parenthèse. *Ils devraient choisir entre faire des post-cures et diriger vers des centres parce qu'il y a trop de demandes"*. De manière générale, les participants trouvent qu'on ne s'occupe pas assez d'eux : rythme des rencontres trop faible, difficulté à identifier qui fait quoi ou la régularité des horaires. Voici, en pagaille, quelques expressions relevées parmi d'autres : *"Le contrat thérapeutique est contraignant", "celui qui t'accueille, c'est comme une famille, comme s'il te connaissait, c'est chiant, mais tu peux bavarder…", "Il faut raconter toute sa vie pour avoir de la métha", "Il y en a qui sont jeunes, ils savent pas comment faire. Puis, que faire quand la psychologue est pas là pendant huit semaines ?"*[189], *"Ils avaient perdu mon dossier"*…

En ce qui concerne la satisfaction des patients vi-à-vis de l'assistance offerte à *Parenthèse* : *"il n'y a qu'une assistante sociale, elle va dans les antennes, alors elle est là que tous les quinze jours", "Ils font pas assez la différence entre ceux qui veulent s'en sortir et ceux qui sont pétés, il faudrait plus de personnel"*. Ici comme à Charleroi, certains patients sont en crise identitaire et éprouvent alors du mal à côtoyer ceux qui leur renvoient leur propre image… De manière générale, les patients voudraient trouver à *Parenthèse* tous les types de service : des accompagnements dans la recherche d'un emploi, des formations sur l'utilisation d'un ordinateur, des suivis pour leurs surendettements, les problèmes judiciaires, les papiers ; *"il faudrait quelque chose pour l'échange de seringues", "on devrait avoir un psy, mais pour ça faut venir jusqu'à Mons", "Manque un groupe du soir, deux fois par semaine", "manque du café et le p'tit dej., comme à Charleroi"*.

Les traitements de substitution sont essentiellement perçus dans une optique de sevrage, *"mais alors, c'est mieux une UROD, on t'endort 24 heures et puis basta !", "avec la came, quand t'en a plus, tu souffres pendant trois jours, mais avec la métha, c'est pendant trois semaines"*. Les patients de *Parenthèse* manifestent tous le désir d'arrêter totalement la consommation de drogues, aucun ne semble exprimer le point de vue, pourtant exprimé ailleurs, du patient qui ne veut pas arrêter.

Le fait que les intervenants soient perçus à la fois comme "contraignants", "chiants", et qu'en même temps le patient se sente "reconnu" par eux –parfois jusqu'au sentiment de familiarité– et qu'il ressente son absence comme éprouvante dans le manque de continuité, n'est pas sans rappeler un certain contexte familial. Mais ceci montre une perception de la MASS de Mons comme peu institutionnalisée par la trop grande "personnification" de la prise en charge, qui n'empêche cependant pas une *instrumentalisation* des intervenants, parfois assimilés à de simples prestataires de

[187] L'étude des mécanismes ayant organisé le parcours institutionnel dans la vie des patients serait un objet de recherche en soi — par les MASS elles-mêmes ?

[188] Il est intéressant de souligner que les participants connaissaient *Parenthèse*, mais pas *"la MASS de Mons"*, bien qu'ils parlent de *"la MASS de Charleroi"*.

[189] De plus, la "psychologue" visée dans cette assertion est assistante sociale, en fait. Il y a une certaine confusion des rôles.

services matériels[190]. Ainsi, les participants pointent également le manque d'organisation, tout en reconnaissant la capacité à l'empathie des intervenants.

2. Effets des MASS sur les réseaux régionaux d'intervention

2.1. Situation générale des institutions de l'offre de soins

L'effet des MASS sur les réseaux régionaux d'intervention n'est pas plus mesurable quantitativement que l'effet des MASS sur les bénéficiaires de leur offre de soins, pour les raisons évoquées tout au long de ce rapport en matière de disponibilité des données. Ainsi, la plupart des informations qualitatives relatées ici sont issues d'interviews de personnes-ressource et de notre propre observation de terrain.

De plus, la notion même de *"réseau régional d'intervention"* pose problème. En effet, nous avons vu la nature de l'offre d'assistance en matière d'assuétudes dans les ZIG des MASS étudiées, et constaté ainsi que cette offre était partielle et morcelée — Cf. Supra. Elle ne peut donc pas être considérée comme ayant atteint un niveau d'organisation telle qu'on pourrait la désigner en tant que *réseau*, et encore moins d'y déceler des *circuits de soins*. L'arrivée des MASS dans le paysage socio-sanitaire et thérapeutique n'en modifie pas moins la situation de l'offre, et c'est ce que nous allons évoquer ici.

Il importe de rappeler que, globalement, la diversité de l'offre de soins résulte d'une accumulation d'institutions aux méthodes et objectifs divers, issues des aléas de l'évolution historique, des idées et des structures sociales, et non d'une construction planifiée et élaborée préalablement. Chaque "événement" historique a ainsi donné lieu à l'apparition de nouveux projets concrétisés dans de nouvelles institutions ou dans la réorientation d'anciennes institutions : que ce soit sur le plan politique –fédéralisation, contrats de sécurité–, philosophique, religieux ou scientifique –psychanalyse, courant de l'*anti-psychiatrie*, développement des sciences cognitives et des neurosciences–, sur le plan des techniques –méthadone, réduction des risques, sevrage sous anesthésie générale (*UROD*)–, ou à la rencontre de ces différents plans — ce qui est le cas des MASS[191]. Souvent, la création de nouvelles institutions résulte d'une réaction à l'offre de soins déjà existante, pour combler d'éventuels manques ou pour concurrencer des projets issus de courants de pensée antagonistes. On peut même y déceler des stratégies politico-financières ou des querelles de personnes.

Il est important également de souligner que toutes ces institutions ont des moyens financiers assez limités, et qui dépendent d'un grand nombre de pouvoirs publics à tous les échelons de pouvoir (communes, provinces, régions et communautés, état fédéral, Union Européenne)[192]. Ces pouvoirs subsidiants attendent des résultats en termes d'efficacité, qui se

[190] Cf. les "manques" exprimés en ce sens ci-dessus.

[191] Celles-ci naissent en effet d'une rencontre sur le plan de la réorganisation des soins à l'échelle locale (par une certaine "refédéralisation" des soins en matière de toxicomanie, et par le développement des contrats de sécurité), et sur le plan des "nouvelles" méthodes (réduction des risques et des traitements de substitution).

[192] Non seulement tous les niveaux de pouvoir ont une part de responsabilité dans la subsidiation d'institutions intervenant dans le champ des toxicomanies, mais en outre, plusieurs départements et ministères interfèrent à un même niveau de pouvoir. En Belgique, si l'on ne considère que l'Etat fédéral et les institutions fédérées (régions, communautés), pas moins de 18 ministères différents ont des compétences en la matière.

mesure le plus souvent par des méthodes quantitatives selon les contacts, le nombre de patients, le nombre de demandes…

Cette situation a pour effet principal que chaque institution a d'abord, pour premier objectif, d'assurer sa survie organisationnelle et financière, sa viabilité, et la sécurité d'emploi de ses travailleurs. Sachant la rareté des moyens mis à disposition de ces institutions, et l'esprit de concurrence intellectuelle qui a le plus souvent présidé à leur création, il est assez clair que rien ne les pousse, *a priori*, à travailler en collaboration.

La création d'institutions de prévention et de soins financées par les Contrats de Sécurité a été l'occasion de dynamiser le niveau des *organes de concertation et de coordination*. Une fois de plus, la mise en place de tels organes répondait à des objectifs divers. En effet, les institutions issues des Contrats de Sécurité ont été, la plupart du temps, très mal reçues par les institutions de prévention et de soins déjà existantes[193]. Les coordinations émergent donc à l'initiative des institutions dites "sécuritaires" en vue : d'intégrer celles-ci plus facilement à l'offre de soins existante, de prendre le contrôle de l'organisation des soins et de faciliter les collaborations des secteurs de l'assistance avec les services de police et de Justice. La plupart du temps, elles se sont rapidement ancrées sur des projets concrets, tels que la création d'inventaires des institutions existantes ou de l'enregistrement de données épidémiologiques à l'échelle locale[194] — comme ce fut le cas de l'*"Enquête-Sentinelles"* à Charleroi.

Globalement, les organes de concertation sont décrits par la plupart des responsables d'institutions comme des lieux de rencontre très formels, *"ce n'est pas là qu'on discute des patients"*. Leur neutralité est souvent mise en doute : *"ça dépend des contrats de sécurité"*, *"c'est surtout la bande de …, qui dépendent de [telle obédience]"*[195]… Lorsque les organes de concertation ont pu développer un programme concret à long terme –*Enquête-Sentinelles* à Charleroi–, ils parviennent à maintenir une certaine activité entre les participants, qui apprennent dès lors à se connaître et à se découvrir. En revanche, là où de tels choix n'ont pas été posés, les organes de concertation perdraient rapidement de leur intérêt.

En tout état de cause, il est clair que dans les régions investiguées, les diverses institutions présentes n'ont pas encore trouvé les voies pour mettre en partage leurs expériences et leurs savoirs en vue de tenter des collaborations cliniques. Des rencontres sont parfois organisées qui débouchent sur des accords formels, bien que la plupart du temps, un constat de divergences d'approche est souvent posé, sans que ces divergences ne soient mises en discussion — ce qui serait sans doute contraire au respect mutuel qui prévaut dans ces rencontres.

En l'absence de formalisation plus poussée des possibilités de travail en réseau, ce sont finalement les patients qui créent ceux-ci, en circulant selon des logiques qui leurs sont propres d'une institution à une autre. Ce qui nous a fait dire que le patient est finalement un "client"

---

[193] Cette histoire est encore à écrire…

[194] Suivant en cela les guidelines des "communautés de surveillance" américaines, préconisés par le NIDA, Cf. National Institute on Drug Abuse ; *Assessing Drug Abuse within and across Communities, Community Epidemiology Surveillance on Drug Abuse*, NIH, Rockville (Maryland), 1998

[195] Sont surtout visés par ces expressions des regroupements d'institutions organisées autour des "pilliers"de la vie politique belge : le réseau socialiste, le réseau catholique, le réseau UCL, le réseau ULB…

qui fait son *shopping*. Or, la logique du patient n'est pas une logique clinique, laquelle est encore à ébaucher[196].

Construire des circuits de soins sur une logique clinique revient à remettre l'accent sur une souffrance et non sur un coût ou sur une *"demande consommatoire"*[197]. La nécessité de concevoir le travail de prise en charge en coordination avec l'ensemble des services qui pourraient convenir au patient doit être prise en considération. Ce paramètre clinique était peut être déjà présent depuis longtemps parmi les intervenants en toxicomanie, du moins en ce qui concerne le principe. La mise en place des MASS, par la relativité qu'elles introduisent en termes de seuils, officialise cette nécessité — sous peine d'invalider leur travail clinique.

Notre démarche de recherche nous permet d'affirmer qu'à un niveau institutionnel, très peu est fait –et peut être fait– pour développer des collaborations efficaces. Lorsqu'une collaboration ponctuelle se met en place, c'est à un niveau interpersonnel que tout se joue. La mise en place d'un certain type de *"réseau obligatoire"* est vécue comme un intrusion administrative, avec ses aspects économiques et normatifs, dans le travail relationnel et clinique.

2.2. Possibilités de travail en réseau et en circuits de soins : prospectives pour les régions de Mons et de Charleroi

D'un point de vue prospectif, lors de nos rencontres avec les MASS, nous avons signalé une évolution prévisible du travail vers les *"circuits de soins"* ; notion qui était encore à l'étude à ce moment[198]. Les membres des deux MASS de Mons et de Charleroi ont exprimé un certain intérêt, mais tenaient à préciser leur exigence de voir respecter la nature de leur travail. S'il s'agissait de définir des normes de bon fonctionnement, les circuits de soins devaient être définis par les intervenants de terrain, et non imposées par une logique purement administrative et comptable, et non adaptée aux réalités locales.

Depuis, la notion de "circuits de soins" s'est quelque peu officialisée[199], et fait l'objet d'une campagne de promotion[200]. Dans cette brochure officielle, on envisage de transformer "*les soins de santé mentale actuels* […] *principalement structurés de manière verticale en fonction des différents cadres dans lesquels ils sont prodigués"*, en une conception où "*cette structure verticale et institutionnelle doit faire place à une structure intégrée, horizontale et centrée sur les groupes cibles"*[201]. Le patient y serait donc identifié en fonction de son "groupe-cible" d'appartenance, c'est-à-dire selon les caractéristiques des activités thérapeutiques, et plus

---

[196] La logique du patient est plutôt une logique de consommateur, qui essaie de nouveaux produits, se laisse tenter par des campagnes de promotion. Il s'agit donc d'une logique libérale, qui se superpose étonnamment à la logique comptable qui préconise les circuits de soins pour des raisons de rentabilité et de "rationnalisation" des moyens. Le patient et le gestionnaire se rejoignent là par dessus la tête des cliniciens…

[197] Que certaines MASS, notamment à Charleroi, essaient précisément de dépasser.

[198] Etude à laquelle des membres de notre Laboratoire de recherche ont participé.

[199] Loi portant des dispositions sociales du 25 janvier 1999, Loi sur les hôpitaux, Ch. II, art. 9ter, §2, publiée au Moniteur Belge le 6 février 1999.

[200] *Note de politique relative aux soins de santé mentale, la psyché, le cadet de mes soucis ?*, Ministère de la Santé Publique, de la Protection de la Consommation et de l'Environnement, Bruxelles, 2001

[201] *Ibid.*, p. 12.

largement des prises en charge communes qui seraient dispensées, indépendamment des lieux de déroulement de ces prises en charge.

On ajoute que ces "[…] *circuits tirent leur force des personnes et des moyens mis en œuvre"*[202]. Il est dès lors souhaitable qu'au sein des plates-formes de concertation pour les soins de santé mentale, les "*groupes de travail créés pour certains (sous)groupes spécifiques* […soient] *transformés en groupes de coordination,* […] *placés sous la direction d'un coordinateur de soins"*[203].

Une telle description fonctionnelle, de type obligatoire, contredit forcément l'avis exprimé par les représentants des MASS, même si elle est adoucie par le souci de vouloir mettre cette organisation en place avec progressivité. Une critique majeure subsiste : la mise en place d'un tel réseau ne va-t-elle pas renforcer les risques de stigmatisation et de *"spirale du bas seuil"*[204] — Cf. Infra ?

La même note ajoute toutefois un souci de favoriser avant tout "*les moyens mis en oeuvre* […] *visant une prise en charge ambulatoire maximale"*[205]. Les réponses apportées à ces questions devront rencontrer celles des acteurs de terrain.

[202] *Ibid.*, p. 13.
[203] *Ibid.*
[204] A ce sujet, on peut se référer à : Bantman P. & Dufour-Zelmanovitch L. ; La notion de réseau social en psychiatrie, réflexions sur l'utilisation du terme de réseau dans le champ médicosocial, in *L'information psychiatrique*, n° 8, octobre 1995
[205] *Note de politique relative aux soins de santé mentale…, Op. Cit.*, p. 17

Troisième partie
Conclusions générales à partir des réalisations des MASS de Mons et de Charleroi

L'expérience MASS s'est développée à partir du *Projet MASS*, dont nous avons vu les espaces non-définis, les incohérences et / ou contradictions, les imprécisions, et l'impact de ce contexte sur les réalisations des MASS de Mons et de Charleroi. Nous avons vu également que ces zones d'ombre ont parfois été transformées en espaces de liberté dont les équipes des MASS ont pu se saisir en vue d'adapter leur propre projet aux réalités locales, notamment en termes de géographie humaine, de conditions socio-démographiques et socio-économiques (ZIG), de contexte de consommation de drogues et de toxicomanies, de contexte socio-culturel et psychologique des populations qu'elles rencontrent, et enfin, en termes d'offre d'assistance de soins disponibles et selon le niveau d'organisation de celle-ci.

Ainsi, à l'échelle globale, la caractéristique principale de la spécificité des MASS tient dans leur **adaptabilité**, caractéristique qu'il y a donc lieu d'encadrer et de soutenir, tant sur le plan intellectuel que matériel. C'est en ce sens que des recommandations ont été formulées, dans le rapport de synthèse global destiné aux pouvoirs organisateurs des MASS. Sans aucun doute, les deux MASS que nous avons eu à évaluer ont mis en place des dispositifs et travaillent dans le respect des attentes et des attendus du *Projet MASS*, tel que défini dans les textes. Il ne fait pas de doute non plus que ces deux institutions se sont adaptées aux conditions locales dans lesquelles elles ont été implantées, et qu'elles répondent ainsi à des besoins réels, tant sur le plan des individus qu'elles prennent en charge que sur le plan des modalités d'organisation sociale dans lesquelles elles s'insèrent.

A l'échelle locale cependant, les choix organisationnels et thérapeutiques effectués dans l'un et l'autre cas engendrent des différences notoires, qu'il est nécessaire de conceptualiser d'un point de vue scientifique. Cette conceptualisation n'est pas encore possible, tant les questions restées en suspens sont encore importantes. Par ailleurs, seule l'évolution des programmes locaux et des pratiques seront à même de fournir, dans les années qui viennent, les éléments nécessaires à la poursuite de cette démarche de conceptualisation. C'est surtout en termes de programmes thérapeutiques que ces démarches doivent se poursuivre, y compris par la tentative de mise en place de circuits de soins efficaces et centrés sur les patients. En guise de conclusion logique de cette recherche, nous allons, à présent, tenter de synthétiser les apports conceptuels de celle-ci en vue de leur utilisation ultérieure, notamment par les praticiens. Cette conclusion se déploiera donc sur la conceptualisation de la notion de "bas seuil".

I. Conceptualisation de la notion de "bas seuil"

1. Hypothèse générale

- Problématique d'identité en cinq niveaux : l'identité de l'institution MASS, l'identité des intervenants au sein de l'institution MASS, l'identité du *"phénomène-drogue"*, l'identité des patientèles des MASS en tant que groupes-cibles, l'identité individuelle des patients en tant que "toxicomanes", voire de "toxicomanes marginalisés".
- Divers éléments constituent la notion de "bas seuil" : des éléments directs (éléments qui explicitement tentent de définir cette notion), des éléments indirects (éléments qui participent de notions connexes de la notion de "bas seuil") ; des éléments issus du *Projet MASS*, des éléments antérieurs et postérieurs à ce Projet.

Lors du Volet "Etude Pilote et de Faisabilité" (Cf. Supra), nous avons posé une hypothèse générale d'interprétation des données qualitatives à produire. Celle-ci était déployée autour d'une *problématique d'identité***,** qui se déclinait à cinq niveaux :

- L'identité de l'institution MASS : l'interrogation porte sur le rôle spécifique des MASS, ce qui les différencie d'autres types d'institutions, leurs pratiques et méthodologies propres, leurs attendus et objectifs, leurs rôles au sein de l'offre d'assistance. Il s'agit en outre de pointer les caractéristiques qui permettraient de réunir les différentes MASS dans un ensemble cohérent, d'y discerner des caractéristiques communes au-delà de modalités pratiques diverses ;
- L'identité des intervenants au sein de l'institution MASS : l'interrogation porte principalement sur l'organisation de la multidisciplinarité et sur la prépondérance et / ou la cohérence des points de vue médical, social ou psychothérapeutique sur les problèmes d'assuétudes au sein de cette multidisciplinarité. Notamment, la description précise des fonctions de chacun et des rôles que comporte chaque fonction, leurs articulations réciproques, leur interpénétrations… ;
- L'identité du *"phénomène-drogue"* : La création des MASS résulte d'une analyse particulière dudit *"phénomène-drogue"*. En ce sens, les objectifs explicites du *Projet MASS* s'inscrivent à l'intersection de divers courants d'idées, qui ne sont pas neutres, mais qui ne sont pas pour autant clairement identifiés. Pour leur part, les travailleurs des MASS possèdent leurs propres représentations du *"phénomène-drogue"*, qui s'organisent institutionnellement au sein des MASS –en partie sous l'impulsion de cette recherche, d'ailleurs–, et qui peuvent être compatibles ou pas entre-elles, ainsi qu'avec les logiques à l'œuvre dans le *Projet MASS* ;
- L'identité des patientèles des MASS en tant que groupes-cibles : l'interrogation porte ici sur la signification des caractéristiques désignées pour identifier le groupe-cible en termes de marginalité, dans ce qu'elle évoque de relatif aux situations socio-économiques et culturelles locales, ainsi qu'à l'organisation locale de l'offre d'assistance et de soins en matière d'assuétudes ;
- L'identité individuelle des patients en tant que "toxicomanes", voire de "toxicomanes marginalisés" : la problématique identitaire chez les "toxicomanes" est un phénomène important, tant de la part des autres individus qui tendent à stigmatiser, que de la part des

usagers eux-mêmes qui s'en revendiquent[206]. L'interrogation porte donc aussi sur les effets identitaires d'institutions très spécifiques, en termes de *"spirale du bas seuil"* du côté des patients, ou en termes de *"toxicomimétisme"* du côté des intervenants.

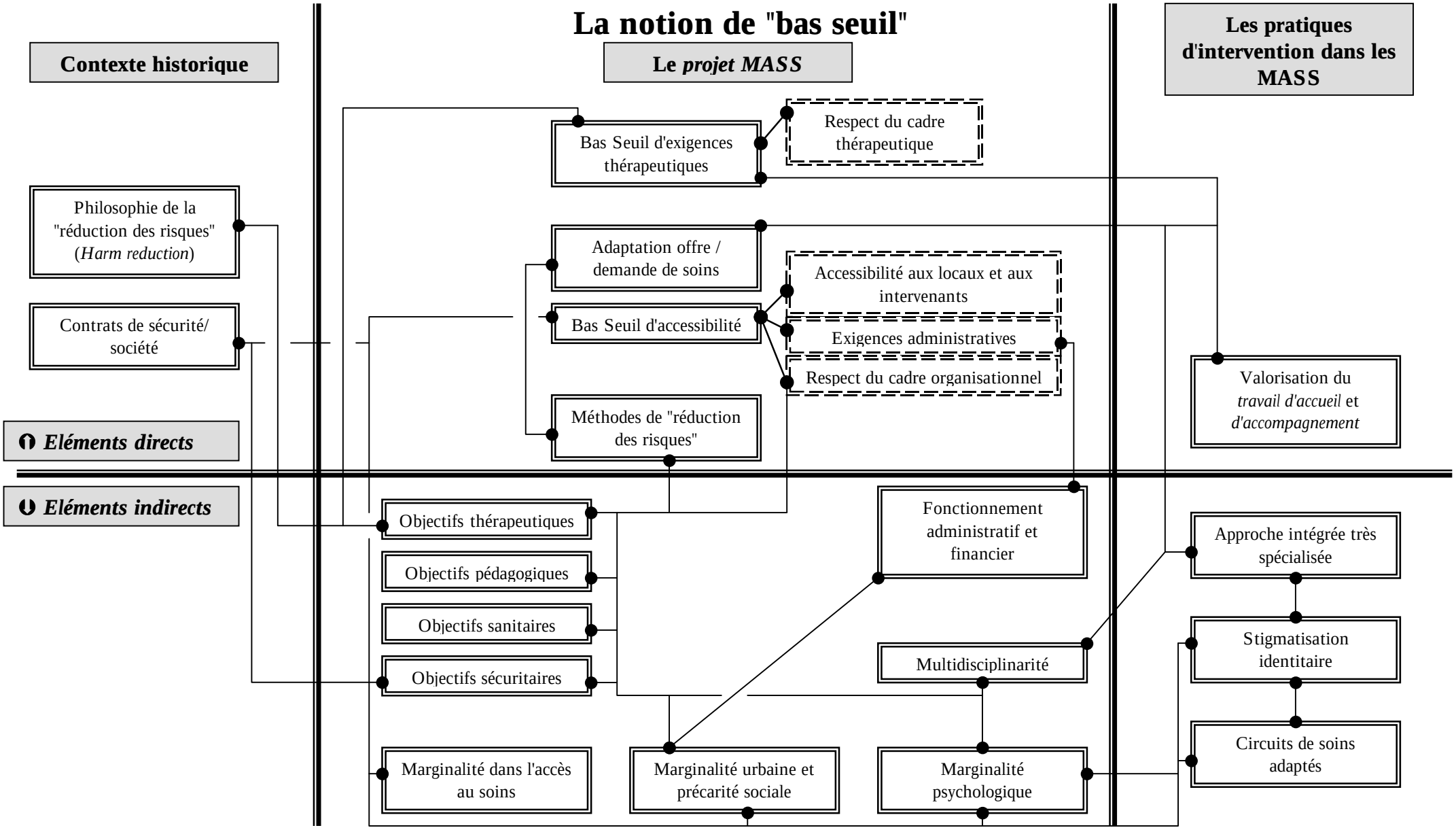
Nous allons maintenant rendre compte des pistes de conceptualisation de la notion de "bas seuil" au moyen de cette articulation.

La notion de "bas seuil" est constituée d'éléments issus de sources diverses. D'une part, on peut y répertorier des éléments directs et des éléments indirects. Par éléments directs, nous entendons des éléments qui explicitement tentent de définir cette notion. Par éléments indirects, nous entendons des éléments qui participent de notions connexes de la notion de "bas seuil", et qui ont donc un impact sur cette dernière.

D'autre part, nous l'avons vu, certains éléments (directs ou indirects) sont issus du *Projet MASS*. D'autres éléments (directs ou indirects) sont issus d'autres expériences : en amont, on ne peut faire l'économie des éléments qui constituent la notion de "bas seuil" dans d'autres contextes où elle a été utilisée (en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en Allemagne essentiellement) ; en aval, on doit tenir compte d'une pratique d'autant plus complexe qu'elle découle d'intentions imprécises. Pratique qu'il s'agit bien ici de théoriser.

> Le schéma présenté à la page suivante répertorie tous les éléments qui ont été identifiés comme participant de la notion de "bas seuil". Ces éléments sont en interaction de telle sorte qu'un choix affectant un élément se répercute sur certains autres. Dans les pages qui suivent, nous reprenons ces divers éléments pour analyser dans quelle mesure ils ont été affectés par les choix posés par les MASS de Mons et de Charleroi.

[206] Ces deux attitudes se rejoignent dans le fait qu'elles assignent une place aux toxicomanes et à la toxicomanie dans les sociétés.


La notion de "bas seuil"
Contexte historique
Le *projet MASS*
Les pratiques d'intervention dans les MASS
Philosophie de la "réduction des risques" (*Harm reduction*)
Contrats de sécurité/ société
Bas Seuil d'exigences thérapeutiques
Respect du cadre thérapeutique
Adaptation offre / demande de soins
Bas Seuil d'accessibilité
Accessibilité aux locaux et aux intervenants
Exigences administratives
Respect du cadre organisationnel
Méthodes de "réduction des risques"
Valorisation du *travail d'accueil* et *d'accompagnement*
Eléments directs
Eléments indirects
Objectifs thérapeutiques
Objectifs pédagogiques
Objectifs sanitaires
Objectifs sécuritaires
Fonctionnement administratif et financier
Multidisciplinarité
Approche intégrée très spécialisée
Stigmatisation identitaire
Circuits de soins adaptés
Marginalité dans l'accès au soins
Marginalité urbaine et précarité sociale
Marginalité psychologique

2. L'identité de l'institution MASS : des institutions "à bas seuil"

- Abordée par quatre éléments directs : 1) offre de services à des toxicomanes ne faisant pas appel aux autres services de soins, 2) plus grande accessibilité aux soins offerts, 3) absence d'exigences préalables, 4) mise en exergue de méthodes de réduction de risques, sans pour autant oublier l'objectif ultime d'abstinence

Nous avons eu l'occasion d'examiner les spécificités du *Projet MASS* dans sa tentative de définition d'une offre de soins "à bas seuil". Pour rappel, les éléments constitutifs de ces spécificités sont :

> - LE PUBLIC-CIBLE : Les consommateurs de drogues illicites dits ***marginalisés***. La notion de "marginalité" vise au moins des *"patients qui ne sont pas (plus) ou insuffisamment aidés par d'autres services* […] *et pour qui* […] *un traitement multidisciplinaire est indiqué"* (*Conv. INAMI*, art. 6).
> - LE DISPOSITIF : ***Complémentaire*** à ce qui existe et ***multidisciplinaire.*** Par ailleurs, *"dès qu'un transfert vers les services réguliers de soins est possible et/ou qu'un traitement multidisciplinaire n'est plus nécessaire, le patient ne fait plus partie du groupe-cible"* (*Conv. INAMI*, art. 6).
> - LES OBJECTIFS : les objectifs de l'ordre de la prise en charge "à bas seuil" sont les objectifs intermédiaires des MASS : augmenter les contacts avec les personnes du public-cible (accessibilité étendue –"***bas seuil d'accessibilité"–*** (*Conv. INAMI,* art. 2 § 2), aucune condition préalable au traitement –"***bas seuil d'exigence"–*** (*Conv. INAMI,* art. 2 § 3)) ; répondre rapidement et efficacement aux demandes (offre rapide et *"sur mesure* [d']*une* ***guidance*** *médicale et sociale efficace"* (*Conv. INAMI*, art. 2 § 2)) ; augmenter la qualité de vie des consommateurs de drogues (***réduction des risques)*** ; contribuer à la réinsertion sociale et professionnelle : (*Conv. INAMI,* art. 8) ; stimuler l'entrée du patient dans un programme thérapeutique à visée d'abstinence ; obtenir la cessation de la prise de toute drogue illicite par l'emploi des traitements de substitution ; Objectif "collatéral" : diminution des comportements délinquants du public-cible.
> - LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION : spécifiquement mis en exergue (méthadone), conformément aux recommandations de la Conférence de Consensus sur les Traitements de Substitution (8 octobre 1994).

Ainsi, au sein du *Projet MASS*, la notion de "bas seuil" est abordée par quatre éléments directs : 1) une offre de services à des toxicomanes ne faisant pas appel aux autres services de soins ou exclus de ceux-ci, 2) une plus grande accessibilité aux soins offerts par l'institution "à bas seuil", 3) une absence d'exigences préalables à la prise en charge, 4) une mise en exergue de méthodes visant la réduction de risques liés à l'usage de drogues, sans pour autant oublier que l'objectif ultime reste la cessation de la prise de drogues. Ces éléments constitutifs directs de la notion de "bas seuil" et issus du *Projet MASS* ont été mis en discussion.

2.1. Adaptation de l'offre et de la demande de soins

- Notion de "bas seuil" : connotation négative et relative. Préférence pour la notion de *"seuil adapté" :* élément novateur, car le point de vue classique en matière d'assuétudes impose un niveau de motivation suffisant de la part du patient. Or, le "bas seuil" introduit l'idée que cette celle-ci n'est pas seulement fonction de la motivation du patient, mais est également liée aux méthodes utilisées par l'intervenant, d'une part, et aux objectifs thérapeutiques de l'intervention, d'autre part.
- La tentative de différer l'abstinence comme objectif prioritaire d'un traitement des toxicomanies ouvre des pistes de réflexion : toxicomanie non-uniquement identifiée par une problématique d'abus ou de dépendance à des produits, mais centrée sur d'autres troubles.

La notion de "bas seuil" est une notion négative. En effet, le "bas seuil" se définit par référence au "non-bas seuil", c'est-à-dire en fonction des institutions qui existaient préalablement à la création des MASS, n'ayant par ailleurs jamais été désignées jusqu'alors par un terme les situant sur une échelle de seuils. Cette appellation fait donc fi du contenu réel des approches proposées par ces institutions –dont certaines pourraient peut être se réclamer du "bas seuil" en termes d'accessibilité ou d'exigence thérapeutique–, et ne désigne ainsi que l'originalité supposée d'un programme par rapport à des programmes mieux connus parce que plus anciens — idée que l'on retrouve dans les appellations de *"services de soins classiques"* ou *"réguliers"*. La notion de "bas seuil" est donc toute relative.

Le pari exprimé par le *Projet MASS* est la possibilité d'agir, dans le champ des soins, avec une population de personnes toxicomanes qui, soit ne fait pas appel aux services de soins *"classiques"* (de "non-bas seuil"), soit s'en trouve exclue. Par ailleurs, le projet présuppose que cette population spécifique est quand même en demande de soins. Ce sont ces demandes qui doivent être saisies en vue d'amener ces personnes à entamer un *"traitement effectif"* de leur toxicomanie. Il y a donc bien, dans la notion de "bas seuil", une recherche d'adaptation entre une offre de soins (qui jusqu'alors ne peut répondre à certaines catégories de demandes) et une demande de soins (qui ne peut ou qui ne veut être adressée à l'offre de soins jusqu'alors proposée).

Certaines personnes-ressource du champ de la toxicomanie considèrent cette recherche d'adaptation comme la caractéristique principale de la notion de "bas seuil", préférant parler de *"seuil adapté"*[207]. Cette autre notion est plus précise et moins dévalorisante, tant pour le patient que pour l'intervenant. Il s'agit d'un élément novateur, dans la mesure où le point de vue classique à propos de la prise en charge de personnes souffrant d'assuétudes impose un niveau de motivation suffisant, de la part du patient, en tant que condition nécessaire à la réussite du traitement et à son initiation. Or, en ce qui concerne spécifiquement les personnes toxicomanes, cette motivation est souvent considérée comme faisant défaut, justifiant le refus d'une prise en charge. Cet aspect de la notion de "bas seuil", posant le rapport offre / demande de soins en termes d'adaptation, introduit l'idée que cette celle-ci n'est pas seulement fonction de la motivation du patient, mais est également liée aux méthodes utilisées par l'intervenant, d'une part, et aux objectifs thérapeutiques de l'intervention, d'autre part.

A *Diapason*, MASS de Charleroi, l'adaptation entre l'offre et la demande de soins est organisée à l'aide du dispositif de la *Salle d'Accueil*. Elle offre l'avantage d'ouvrir des possibilités nombreuses d'*accès à l'accueil* en diminuant fortement les contraintes que peut ressentir l'entrant potentiel au moment de faire appel à un service de soins : lieu collectif de vie et de "dépôt", multiplication des dispositifs favorisant la verbalisation de demandes –même consommatoires–, absence d'obligation de rencontrer un(des) intervenant(s) individuel(s), pas d'exigence thérapeutique à l'entrée… Une fois l'accès à l'institution assuré (*entrée en contact / maintien du contact*), l'adaptation de l'offre et de la demande de soins résulte du travail de *reconnaissance mutuelle*, de reconnaissance progressive du cadre thérapeutique, amenant à l'*élaboration de la relation thérapeutique*. Cette élaboration permet de déplacer l'intérêt –du patient et de l'intervenant– depuis la question du "produit" vers d'autres aspects faisant partie intégrante des problématiques d'assuétudes.

---

[207] M.P. Giot, coordinatrice au Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi, et membre du Conseil d'Administration de *Diapason* ; Rencontre du 11 octobre 1999.

Cela implique d'admettre, au côté des indications reconnues, un usage des traitements de substitution à la méthadone dans des objectifs non liés au sevrage ou à l'abstinence. Cela implique également d'admettre la possibilité d'un travail psychothérapeutique avec des personnes qui, pendant un temps au moins, continuent d'être sous l'influence de produits. Enfin, cela implique de considérer le statut précis que l'on donne aux méthodes de "réduction des risques" dans un contexte à visée thérapeutique plus large, contexte qui n'en reprend que partiellement la philosophie.

A *Parenthèse*, MASS de Mons, l'adaptation entre l'offre et la demande de soins est organisée par la répartition de l'institution en antennes. Elle offre l'avantage de permettre une gestion très proche des patients : contact personnalisé, accès facilité à un médecin et à un travailleur "psychosocial", sans exigence thérapeutique à l'entrée… L'accessibilité est également renforcée par la discrétion des antennes. La régularité des contacts est au départ centrée sur l'accès aux médicaments, et notamment à la méthadone, conditionnée toutefois par la visite auprès de l'intervenant "psychosocial". Une fois l'accès à l'institution assuré (*entrée en contact / maintien du contact*), l'offre de soins à *Parenthèse* s'inscrit dans une logique générale de *maintenance.* De sorte que le patient est à même d'évoluer à son rythme sans être encadré dans un processus qui lui serait imposé. Ce travail de maintenance peut permettre un déplacement du centre de la relation du "produit" vers d'autres aspects faisant partie intégrante des problématiques d'assuétudes. Toutefois, l'observation des processus organisationnels ne nous permet pas actuellement d'affirmer que l'institution est à même d'adapter son offre en fonction de l'évolution du patient. En outre, d'un point de vue clinique, on est en droit de mettre en discussion le fait que cette logique de maintenance suffirait à faire évoluer le patient.

En tout état de cause, La tentative de différer l'abstinence comme objectif prioritaire d'un traitement effectif des toxicomanies ouvre en réalité des pistes de réflexion sur une telle abstinence en tant que résultat recherché d'un tel traitement. Si l'on admet que, pendant un temps au moins, il est possible de "mettre de côté" la question du produit pour travailler des troubles associés ou sous-tendant la consommation de drogues, l'on pourrait également, en toute logique, s'interroger quant à l'objectif ultime d'un traitement effectif des toxicomanies, qui pourrait se situer ailleurs que dans une recherche d'abstinence.

2.2. Bas seuil d'accessibilité

- Accessibilité à l'institution, niveau d'exigences administratives (contraintes contre-productives des *Conv. INAMI*), importance du cadre organisationnel de l'institution.

Le deuxième élément direct constitutif de la notion de "bas seuil" concerne l'élargissement de l'accessibilité aux soins pour les personnes toxicomanes. Selon le *Projet MASS*, cette absence d'accessibilité définit la *marginalité.* On peut y déceler trois aspects.

Le premier concerne l'accessibilité à l'institution (heures d'ouverture, permanences sans rendez-vous, etc.). Celle-ci est explicitement posée dans les *Conv. INAMI.*

Le deuxième aspect concerne le niveau d'exigences administratives. Celles-ci doivent être réduites au minimum lors de l'*entrée en contact*. A ce niveau, l'organisation administrative

voulue par les *Conv. INAMI*, est contre-productive par rapport à l'intention de *"bas seuil d'accessibilité"* : elle pose, de fait, des conditions à l'accès au soins (couverture assurance-soins de santé), et obligent à des formalités (conventions de rééducation fonctionnelle), qui ne peuvent trouver leur place dans un processus clinique qu'au bout d'une période déjà assez longue d'*accueil* et d'*élaboration de la relation thérapeutique*. Or, ces démarches administratives sont nécessaires pour la viabilité financière de l'institution et pour l'accès aux soins des patients. Les *Conv. INAMI* excluent, du même fait, les personnes en situation illégale pour qui l'accès à l'assurance-soins de santé est impossible[208].

Enfin, le troisième aspect de l'accessibilité aux soins concerne le cadre organisationnel de l'institution. Il relève des choix organisationnels de chaque institution, le *Projet MASS* ne contenant aucun élément direct permettant de préciser ce cadre. Outre ce qui a été déjà récapitulé au niveau de l'adaptation de l'offre et de la demande de soins, nous pouvons souligner deux exemples d'interprétations diverses de ce cadre organisationnel. A *Parenthèse*, la plus grande accessibilité est recherchée au travers de la dispersion en antennes. C'est donc, sur le plan logistique, un *"bas seuil dans l'espace"*. Les moyens alloués aux MASS n'étant pas inépuisables, ce choix se concrétise au détriment d'autres possibilités. Ainsi, les antennes ne sont ouvertes qu'au cours de certaines plages horaires, tous les rôles fonctionnels ne sont pas présents dans chaque antenne, la continuité des soins peut être difficile à assurer, les clivages résultant de cette répartition rendent le processus d'institutionnalisation difficile. A *Diapason*, la plus grande accessibilité est recherchée par la facilité d'accès à la *Salle d'Accueil*. *"La rue pénètre ainsi dans l'institution"*. C'est donc, sur le plan logistique, un *"bas seuil d'accessibilité au travers de la diminution de l'exigence thérapeutique"*. Toutefois, la gestion d'un tel lieu collectif de vie mobilise des ressources et un personnel. De sorte que ce choix se concrétise aussi au détriment d'autres possibilités : plus de difficultés à suivre des patients individuellement, difficultés à maintenir ouverte cette Salle un grand nombre d'heures par jour, difficultés à toucher des patients aux profils différents ou originaires d'autres endroits que du Centre-Ville.

2.3. Bas seuil d'exigence thérapeutique

- Objectifs thérapeutiques : méthodes de "réduction des risques" mais objectif de sevrage (à court terme) et d'abstinence (à long terme). Ces objectifs interviennent comme des exigences thérapeutiques à l'entrée (contradictoire avec le "bas seuil"). Refus d'un point de vue simpliste.
- Cadre thérapeutique : Elément crucial du travail thérapeutique, par les repères qu'il fournit, tant au patient qu'au thérapeute, et au sens qu'il permet de donner de ce fait à la relation thérapeutique (risque de *"toxicomimétisme"*).

Le troisième élément direct constitutif de la notion de "bas seuil" concerne les exigences thérapeutiques. Ces exigences thérapeutiques se manifestent par deux aspects : d'une part à travers les objectifs thérapeutiques des MASS, d'autre part au travers du cadre thérapeutique.

La question des objectifs thérapeutiques est elle-même assez complexe, et nous en refléterons une partie en abordant l'identité du "phénomène-drogue" — Cf. Infra. Selon le *Projet MASS*, ces institutions ne poseront aucune exigence préalable au traitement, mais l'abstinence est toujours visée comme seul objectif d'un *"traitement effectif de la toxicomanie"*.

[208] Il s'agit sans doute d'une part importante et non-atteinte du public cible, et non-estimée à ce jour.

L'objectif "minimal" tel que préconisé par le *Projet MASS* est le maintien du contact *et le sevrage*, éventuellement par l'utilisation des traitements de substitution. Si l'on s'en tient strictement aux textes, les traitements doivent même être interrompus si la consommation de drogues illégales se poursuit et est attestée par des examens toxicologiques. On voit ainsi que ces objectifs, d'abstinence et de sevrage, interviennent comme des exigences thérapeutiques à l'entrée, et entrent ainsi en contradiction avec l'énoncé-même des intentions du Projet.

En tant que philosophie de soins, la prééminence de l'abstinence comme objectif thérapeutique fait partie d'une représentation spécifique du "phénomène-drogue" uniquement centrée sur la question du "produit", dont nous avons vu qu'elle est fortement inscrite dans un point de vue médical. Les deux MASS que nous avons étudié tentent de ne pas s'inscrire dans un point de vue unique — Cf. Infra[209]. Par exemple, limiter les conditions d'utilisation des traitements de substitution à l'aulne du seul objectif de sevrage empêche tout le processus d'accueil et d'élaboration qui est effectué grâce aux rôles non-médicaux de la méthadone — démédicalisation paradoxale.

La question du non-respect des objectifs assignés par le *Projet MASS* à la prescription de médicaments de substitution nous permet de faire la transition avec la question du cadre thérapeutique. Celui-ci est en effet un élément crucial du travail thérapeutique, par les repères qu'il fournit, tant au patient qu'au thérapeute, et au sens qu'il permet de donner de ce fait à la relation thérapeutique. Fondamentalement, l'utilisation explicite du cadre en tant qu'outil thérapeutique constitue également une préoccupation, sinon plus spécifique, en tout cas plus aigüe dans l'approche "à bas seuil". Trop présent, il se transforme en contrainte. Trop absent ou dissimulé, il bloque la capacité des intervenants à agir et pousse au *"toxicomimétisme"*. A *Parenthèse*, la question du cadre thérapeutique nous est apparue comme encore floue, et doit donc être travaillée dans les développements futurs de cette institution. A *Diapason*, la question du cadre thérapeutique a été ébauchée, et nous avons vu ainsi que l'élaboration de la relation thérapeutique consiste précisément à maintenir un cadre souple qui puisse faire sens, de sorte que l'entrant se reconnaît peu à peu comme patient dans une institution.

2.4. Méthodes de "réduction des risques"

- Désarticulation méthode / objectifs : incohérente. Peu d'utilisation de méthodes de "réduction des risques" au sens strict (technique préventive et non thérapeutique).

Le *Projet MASS* opère une séparation entre les méthodes de "réduction des risques" et les objectifs de ces méthodes. Ce dédoublement met en question la philosophie de "réduction des risques". Or, c'est cette dernière qui est généralement associée à la notion de "bas seuil". Cette séparation est opérée dans la mesure où l'objectif assigné aux méthodes de "réduction des risques" n'est pas seulement la limitation de dommages sanitaires associés à la consommation de drogues. Ces méthodes sont préconisées également en vue de limiter les risques induits par la consommation de drogues sur l'ordre public, d'une part, –objectif sécuritaire–, et aussi comme dispositif de maintien du contact en vue de l'amorce de traitements à visée d'abstinence d'autre part.

[209] Ce qui est logique vis-à-vis d'une exigence de multidisciplinarité.

Il n'est conceptuellement pas cohérent de séparer les pratiques et les objectifs visés par celles-ci. Les méthodes de "réduction des risques" sont apparues au sein d'un courant de pensée à l'intersection entre l'anti-prohibition des drogues et la nécessité de prévention de maladies infectieuses graves, notamment du SIDA, auprès de populations "à risque" difficilement accessibles. Ce que nous désignons comme *philosophie de la "réduction des risques"*. Ce contexte s'est construit précisément en opposition à un point de vue sécuritaire qui n'a que l'abstinence et la répression à proposer comme solution et cadre de référence[210].

Précisément parce que la désarticulation des méthodes et des objectifs est incohérente, les MASS de Mons et de Charleroi n'utilisent que très peu les méthodes de la "réduction des risques" au sens strict. Certes, les deux travaillent principalement à l'aide des traitements de substitution. De même, l'usage d'une *Salle d'Accueil* –à Charleroi– peut être considérée comme ressortant desdites méthodes lorsque les patients l'utilisent comme lieu de dépôt (où l'on peut *"être pété sous surveillance médicale"*). Toutefois, lorsqu'il s'est agi d'envisager d'autres modalités d'entrée en contact, telles que la distribution où l'échange de seringues, les deux institutions s'y sont refusées, arguant d'une incompatibilité avec leurs objectifs. Effectivement, il est difficile de distribuer des seringues lorsque l'on prétend agir sur les modes de consommation en vue de les faire changer.

Ainsi, il semble possible d'affirmer que la "réduction des risques", en tant que technique préventive, doit être dévolue à des institutions n'intervenant pas dans le champ des soins.

3. L'identité des intervenants au sein de l'institution MASS : valorisation du travail d'accueil et d'accompagnement

- Spécificité des MASS étudiées : le travail *d'accueil* et le travail *d'accompagnement*. doivent être valorisés dans un cadre thérapeutique. Nécessité de formations et de procédures de soutien afin de *créer la référence*.
- Nécessité d'une approche très spécialisée (*"vieux routards"* de la toxicomanie et de l'offre d'assistance) et non d'une approche généraliste, mais ressources manquantes.

La multidisciplinarité est un des éléments fondamentaux de la définition des MASS, bien qu'elle ne soit pas directement constitutive de la notion de "bas seuil". Le lien entre ces deux notions concerne essentiellement l'approche intégrée des problématiques amenées par les patients. Dans le cas particulier des MASS, le développement d'une telle approche intégrée semble ouvrir un champ d'intervention spécifique : au sein du travail d'*élaboration de la relation thérapeutique*, tâche en principe rencontrée par toute institution de soins, les MASS, en tant qu'institutions "à bas seuil", ont spécifiquement à travailler l'*accueil* –soit l'entrée en contact et le maintien du contact, en vue de la présentation et de l'intégration de la relation à un cadre thérapeutique–, et l'accompagnement — soit la préparation à la fin de la prise en charge de sorte qu'elle fasse sens au sein de la relation en cours d'élaboration. A *Diapason*, ce travail d'accueil et d'accompagnement se développe dans une logique de reconnaissance mutuelle. A

[210] Il est remarquable que la méthadone joue toujours, dans ce contexte historique, un rôle de médiatisation. En effet, le développement des traitements de substitution à la méthadone est partiellement lié à la volonté du gouvernement britannique de mettre fin à la célèbre *"expérience de Liverpool"*, qui consistait à prescrire de l'héroïne et de la cocaïne à des patients dans une pure optique de réduction des risques. Ainsi, la méthadone constitue-t-elle le chaînon manquant entre les pratiques de réduction des risques et des objectifs sécuritaires. Cf. Henmann A ; *Drogues légales, l'expérience de Liverpool*, Lézard, Paris, 1996

Parenthèse, les processus organisationnels ne permettent pas encore de déceler une approche intégrée et multidisciplinaire des problématiques des patients, mais il ne fait pas de doute que les tâches d'accueil et d'accompagnement y sont assurées. Elles ne sont toutefois pas encore identifiables au sein d'un programme thérapeutique explicite.

La réussite d'une approche intégrée suppose des choix organisationnels clairs qui permettent à chaque intervenant de se reconnaître dans sa fonction et en "harmonie" avec les autres intervenants. Une telle "harmonie", valorisant chacun dans sa spécificité tout en préservant une homogénéité des approches est difficile à obtenir. Cette homogénéité est certes encore compliquée par le manque de clarté du Projet MASS lui-même.

Il en résulte que le *travail d'accueil* et le *travail d'accompagnement* ne sont pas suffisamment valorisés. D'un point de vue interne aux MASS, les activités et offres de services propres du *travail d'accueil* sont soit délaissées ou limitées à la portion congrue, soit difficiles à faire porter dans un cadre ; chacun se retranchant dans ses spécificités professionnelles pour se dégager de telles tâches. D'un point de vue externe au MASS, le manque de clarté du *travail d'accueil* et du travail d'accompagnement au sein du *Projet MASS* rend les relations difficiles entre institutions — Cf. Infra.

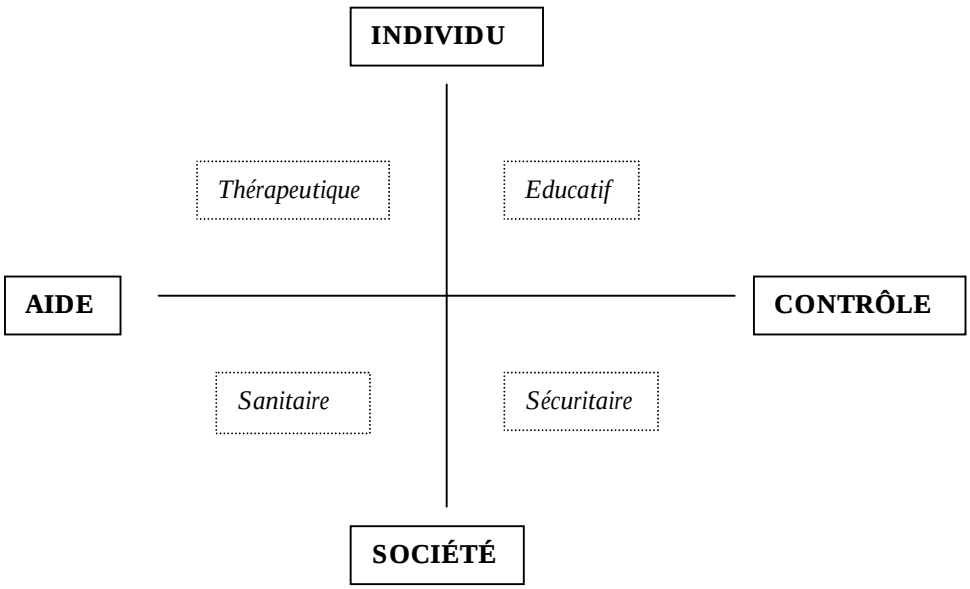
par conséquent, il est nécessaire d'envisager des processus de formation et des procédures de soutien pour les membres des équipes, vis-à-vis du travail *d'accueil et d'accompagnement*. Il s'agit là d'apports novateurs des institutions MASS, qui doivent donc *créer la référence* que l'on ne trouve ni dans le *Projet*, ni dans la littérature ou l'expérience acquise.

L'absence de valorisation des tâches *d'accueil* et *d'accompagnement* souligne un autre phénomène : les MASS visant un public-cible "marginalisé", décrit comme "*pas, plus ou insuffisamment aidé par les services réguliers de soins*", les MASS oscillent entre une approche généraliste des assuétudes –pouvoir faire *"un peu de tout"* et réorienter rapidement le patient vers le service plus spécialisé compétent– et une approche très spécialisée des assuétudes — visant les patients les plus lourds, socialement déstructurés, aux pathologies psychiatriques associées, etc. Tant à Mons qu'à Charleroi, l'approche se veut spécialisée. Toutefois, les MASS n'ont pas forcément les ressources nécessaires pour faire face aux situations qu'elles rencontrent — notamment en ce qui concerne la spécialisation du personnel vis-à-vis des cas les plus lourds. En l'absence de telles ressources, les MASS sont exposées à un risque de *turn-over* important du personnel, ce qui est incompatible avec la nécessaire stabilité institutionnelle[211].

[211] Nous avons appelé ce phénomène *"bas seuil de l'emploi"* : les postes ouverts dans les MASS apparaissent comme peu enviables, soit par la dévalorisation qui entoure la notion de "bas seuil", soit par l'absence de reconnaissance des méthodes de travail et / ou de la capacité d'intégration des approches. Il en résulte que l'on retrouve assez bien de jeunes intervenants dans les MASS, qui viennent de terminer leurs études et dont le travail dans une MASS constitue le premier emploi, envisagé comme temporaire : souvent, après un temps, ils cherchent à quitter ces institutions, pour aller vers des *"services réguliers de soins"*. Ils suivent ainsi la filière préconisée par le *Projet MASS*… pour les patients ! Les MASS ont donc une tâche formatrice à assumer, qui devrait être soutenue et encadrée.

4. L'identité du phénomène-drogue : le "bas seuil" entre approches thérapeutique, pédagogique, sanitaire et sécuritaire

Nous avons vu que les MASS se voient assigner des objectifs que nous avons proposé de classifier ainsi de manière descriptive :



Le *Projet MASS* se situe au carrefour de tous ces éléments, sans toutefois en proposer de synthèse. Ainsi oscille-t-il entre une recherche de contact permanent avec les usagers de drogues en vue d'en assurer la surveillance et le contrôle, et une recherche de reconnaissance, voire de citoyenneté, des usagers de drogues.

A *Parenthèse*, la logique générale de la prise en charge a été décrite comme logique de *maintenance*. Toutefois, nous avons vu que les objectifs que l'institution assigne à ses processus de prise en charge n'ont pas encore été éclaircis. Nous ne pouvons dès lors qu'attirer l'attention des intervenants sur la direction qu'ils estiment avoir à donner à leurs interventions. Par exemple, cette logique de *maintenance* a émergé au travers de discours qui reconnaissaient le bien fondé d'un objectif d'abstinence sur le plan théorique, mais qui en reconnaissaient en même temps l'impracticabilité. En quoi l'abstinence est-elle un objectif souhaitable ? En termes thérapeutiques –parce que la consommation de drogues met en danger la santé physique et / ou mentale des individus–, en termes sanitaires –parce que la consommation de drogues met en danger la santé des autres individus–, en termes sécuritaires –parce que la consommation de drogues est illégale–, voire en termes moraux ? De même, l'abstinence étant impraticable, pourquoi la maintenance est-elle souhaitable en tant qu'objectif *"de substitution"* ? Par ailleurs, les intervenants de *Parenthèse* nous ont affirmé leur volonté de défocaliser le centre de la relation depuis les produits vers d'autres problématiques personnelles. Avec quels objectifs ?

A *Diapason*, la logique générale des processus de prise en charge a été centrée sur l'élaboration de la relation thérapeutique, inscrite dans un cadre socio-sanitaire de reconnaissance mutuelle, voire citoyenne. Elle s'éloigne ainsi d'une préoccupation centrée sur les produits. Mais l'on peut également poser des questions sur les missions institutionnelles :

(re-)créer du lien social, atténuer les effets négatifs des crises sociales et économiques, du chômage, de la désinsertion sociale et culturelle, du décrochage scolaire ?

5. L'identité de la patientèle des MASS en tant que groupe-cible : "bas seuil" et marginalité

- Pas de groupe-cible homogène. Ne peut donc être approché par une même méthode.
- Adaptation réciproque des dispositifs et du public touché. Différences entre les centres urbains (*"grande ville"*) et les régions suburbaines (*"petite ville"*). Le *"bas seuil absolu"* ne semble pas possible.

Le public-cible des MASS est formé des *"toxicomanes marginalisés"*, minimalement défini comme les personnes n'étant *pas, plus ou insuffisamment aidés par les services réguliers de soins*. On ne peut toutefois neutraliser le terme de marginalité, qui se réfère également à d'autres situations, notamment en matière de précarité sociale ou d'inadaptation psycho-sociologique, voire de décrochage culturel.

Le groupe-cible, ainsi visé par le *Projet MASS*, n'est pas homogène. Il ne peut donc être approché par une méthode unique. Entre un public jeune, n'ayant jamais été en contact avec un service de soins, et un public de *"vieux routards"* de la toxicomanie ayant épuisé toutes les ressources de l'offre de soins, il n'y a rien de commun.

Tant à *Parenthèse* qu'à *Diapason*, nous avons pu constater une adaptation réciproque des dispositifs et du public touché. Notamment, des différences semblent se marquer entre les centres urbains (*"grande ville"*) et les régions suburbaines (*"petite ville"*). Le *"bas seuil absolu"* –un type d'organisation qui conviendrait à tout le monde– ne semble pas possible. Il y a donc une impossibilité logique à vouloir entrer en contact avec tous les types de consommateurs de drogues. Ceci étant dit, les deux MASS concernées par notre recherche touchent essentiellement un public largement expérimenté, exclu des services de soins parce qu'ayant épuisé toutes les ressources disponibles. Elles ne disposent cependant pas des ressources nécessaires à l'approche d'une telle patientèle — spécialisation, expérience, stabilité du personnel (Cf. Supra). Elles ne disposent pas toujours non plus de la bonne compréhension des intervenants d'autres institutions, qui tendent à renvoyer vers les MASS tous les cas de toxicomanie non-reçus ailleurs…

6. L'identité individuelle du "patient toxicomane"

- Question de la reconnaissance de l'individu en tant que patient ; question de la stigmatisation en tant que "toxicomane", encore renforcée dans le cas du "toxicomane à bas seuil".

Enfin, la question de l'identité du "patient toxicomane" dans sa relation avec la notion de "bas seuil" se déploie dans deux directions. D'une part, dans la reconnaissance de l'individu qui fréquente une MASS en tant que patient. D'autre part, dans l'identification du patient à sa toxicomanie. Cette identification contient elle-même deux aspects : la question de la marginalité psychologique, et la question de la stigmatisation en tant que "toxicomane", encore renforcée dans le cas du "toxicomane à bas seuil".

En termes de "reconnaissance du patient", nous avons vu que la reconnaissance du cadre thérapeutique et de la relation intervenant / patient ne va pas de soi dans le champ des toxicomanies, et certainement pas dans le cadre des MASS. Ce travail de reconnaissance, compris comme élaboration de la relation thérapeutique, serait une spécificité des MASS.

En termes de marginalité psychologique, nous revenons à la question de l'approche généraliste ou spécialisée proposée par les MASS — Cf. Supra. Nous avons vu notamment que les deux MASS concernées par cette recherche tendent à dépasser une approche des toxicomanies uniquement centrée sur les produits.

Enfin, en termes de stigmatisation, il existe un risque d'enfermement du patient dans une *"spirale du bas seuil"*, c'est-à-dire un mode de vie adaptatif dépendant des seuls services humanitaires et d'urgence (MASS, service d'hébergement de nuit, soupe populaire…). Celui-ci ne semble pouvoir être évité qu'à la condition de travailler perpétuellement avec le cadre thérapeutique dans un contexte aux objectifs institutionnels clairs. En tant qu'institutions "à bas seuil", nous avons insisté sur la nécessaire adaptabilité de ces institutions. Il y a fort à parier que cette clarification sera un processus permanent et jamais achevé, car il fait intrinsèquement partie de l'approche des MASS.

INDEX

Abstinence 2, 4, 5, 6, 7, 39, 59, 63, 96, 97, 98, 112, 124, 126, 127, 128, 129, 131
Analyse de la demande 63, 64, 104, 105, 107, 109
Antennes 19, 29, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 127
Assistant social 45, 53, 63, 115
Bas seuil 2, 4, 6, 7, 38, 40, 41, 54, 55, 68, 79, 80, 84, 85, 89, 95, 99, 100, 109, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133
Bas seuil d'accessibilité 2, 4, 124, 127
Bas seuil d'exigence 2, 4, 124
Bénévole..... 51, 68
Besoins 10, 28, 39, 52, 58, 59, 60, 61, 72, 73, 75, 78, 89, 110, 112, 120
Binômes..... 90, 92, 93, 94
Cadre 2, 3, 5, 6, 7, 14, 17, 24, 37, 41, 48, 49, 53, 55, 56, 57, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 76, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 111, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133
Cadre de référence..... 84, 109, 129
Cadre organisationnel..... 99, 126, 127
Cadre socio-sanitaire 68, 131
Cadre thérapeutique 6, 7, 55, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 81, 84, 93, 95, 99, 106, 109, 125, 127, 128, 129, 133
Circuits de soins 38, 39, 46, 47, 49, 51, 52, 59, 63
Contacts 2, 4, 6, 7, 26, 27, 30, 31, 34, 38, 39, 41, 43, 46, 47, 54, 55, 56, 57, 59, 65, 66, 67, 68, 71, 76, 77, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 95, 96, 99, 100, 103, 104, 105, 106, 110, 111, 113, 114, 115, 125, 126, 128, 129, 131, 132
Conv. INAMI 2, 3, 4, 5, 6, 7, 17, 19, 31, 47, 48, 124, 126, 127
Corpus discursif.....10, 12, 53, 90
Corpus notionnel.....10, 12, 53
Dealer.....56, 57, 77, 83
Demande 18, 22, 26, 27, 28, 34, 36, 38, 40, 43, 46, 47, 48, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 68, 69, 72, 74, 76, 80, 81, 82, 83, 85, 90, 94, 96, 97, 98, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 118, 124, 125, 126, 127
Diapason 15, 21, 30, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 70, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 101, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 125, 127, 128, 129, 131, 132
Echange de seringues.....71, 115, 129
Educateur 43, 53
Enquête-Sentinelles 14, 24, 26, 27, 29, 30, 32, 44, 104, 105, 106, 117
Epidémiologie 10, 16, 22, 30, 31, 32, 33, 37, 63, 64, 98, 101, 102, 103, 113
Equipe Accueil 58, 109
Equipe "psychosociale" 94
Equipe sociale 45
Etude Pilote et de Faisabilité 1, 6, 14, 38, 43, 44, 121
Exigence thérapeutique 64, 125, 126, 127
Focus Groups 14, 15, 20, 56, 57, 68, 82, 98, 110, 111, 113, 114
Guidance 2, 4, 6, 7, 36, 50, 124
Identité 56, 58, 70, 73, 82, 85, 86, 90, 114, 121, 124, 127, 129, 131, 132
INAMI 2, 3, 4, 6, 64, 92, 104, 105, 109, 124, 127
Incitation au traitement.....63, 64, 65
Institutionnalisation 38, 40, 41, 44, 65, 67, 68, 84, 93, 94, 95, 99, 127
Instrumentalisation 93, 115
Jacques (J.P.).....61, 77, 94
Lien social 132
Loi 27, 84, 85, 118
Maintenance 3, 5, 56, 98, 99, 100, 126, 131

Marginalité 2, 4, 6, 7, 16, 26, 27, 30, 31, 32, 38, 121, 124, 126, 132, 133
Maslow(A.H.) 52, 59, 60, 61, 75
MASS de Charleroi 9, 21, 24, 26, 27, 29, 32, 36, 43, 45, 98, 103, 104, 105, 112, 113, 114, 115, 125
MASS de Mons 1, 9, 15, 17, 20, 21, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 35, 36, 38, 71, 87, 88, 89, 93, 95, 97, 98, 99, 115, 118, 120, 122, 126, 129
Médecin 3, 5, 29, 34, 45, 48, 56, 58, 63, 64, 67, 72, 74, 76, 77, 82, 83, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 105, 108, 114, 126
Méthadone 3, 5, 28, 29, 35, 39, 44, 45, 46, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 63, 64, 71, 72, 76, 77, 78, 82, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 108, 112, 114, 115, 116, 124, 126, 128, 129
Modèle 23, 44, 69, 73, 75, 76
Modélisation 46, 54, 62, 67, 73, 74, 75, 90
Module clinique 14, 65, 98, 102, 103, 104
Motivation au changement 59, 62, 63
Multidisciplinarité 6, 7, 38, 39, 84, 93, 121, 128, 129
Objectifs pédagogiques 6, 7, 41, 104
Objectifs sanitaires..... 6, 7, 41
Objectifs sécuritaires 6, 7, 39, 41, 128
Objectifs spécifiques..... 76, 79
Objectifs thérapeutiques 6, 7, 41, 128
Offre d'assistance 14, 15, 16, 17, 21, 34, 35, 37, 92, 98, 112, 114, 115, 116, 120, 121, 129
Parenthèse 15, 30, 38, 39, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 110, 111, 112, 115, 126, 127, 128, 130, 131, 132
Programme d'Action Toxicomanie-Drogue (PATD)..... 2, 3, 6, 16, 40, 41
Position 10, 41, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 96, 105, 111, 114
Position d'accompagnement 46, 47, 48, 74, 79, 80, 81, 114
Position d'accueil 46, 47, 48, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 63, 65, 70, 71, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 105, 114
Position de réseau 84, 86
Position d'élaboration 46, 47, 48, 74, 75, 76
Position d'équipe 84, 85
Précarité socio-économique..... 18, 19, 20
Processus de changement.... 73, 74, 75, 78
Processus de prise en charge 15, 37, 39, 43, 44, 46, 47, 49, 51, 52, 54, 64, 69, 73, 75, 83, 87, 88, 89, 90, 91, 95, 103, 104, 108, 109, 131
Processus organisationnels 15, 37, 39, 43, 44, 87, 88, 89, 91, 94, 97, 98, 126, 130
Produit 12, 39, 53, 55, 56, 57, 58, 63, 72, 73, 76, 77, 78, 90, 97, 106, 125, 126, 128
Programme thérapeutique 2, 5, 10, 12, 54, 124, 130
Projet MASS 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 17, 18, 20, 21, 22, 27, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 48, 53, 54, 57, 59, 62, 63, 68, 73, 79, 85, 86, 97, 98, 99, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132
Psychologue 10, 43, 45, 51, 63, 94, 109, 115
Psychosocial 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 126
Public-cible 2, 3, 4, 5, 7, 18, 19, 21, 26, 27, 38, 80, 94, 110, 124, 130, 132
Qualité de vie 2, 3, 4, 8, 9, 39, 40, 41, 124
Reconnaissance mutuelle 68, 69, 70, 71, 74, 79, 106, 125, 129, 131
Réduction des risques *(Harm reduction)* .. 2, 4, 6, 7, 40, 50, 111, 116, 124, 126, 127, 128, 129
Rééducation fonctionnelle 2, 3, 5, 6, 30, 55, 88, 104, 127
Réinsertion 2, 5, 124

Réseau 10, 12, 15, 17, 18, 21, 23, 28, 32, 35, 36, 40, 48, 86, 102, 110, 116, 117, 118, 119
Salle d'Accueil 43, 44, 45, 46, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 74, 76, 77, 82, 83, 84, 85, 112, 113, 114, 125, 127, 129
Sanction 80, 81
Sanitaire 34, 41, 71, 131
Sécuritaire..... 39, 57, 83, 129, 131
Sevrage 3, 5, 56, 71, 81, 97, 107, 108, 112, 115, 116, 126, 127, 128
Socio-sanitaire 33, 34, 35, 40, 41, 71, 116
SSTC..... 1, 43, 44, 92
Stigmatisation 33, 119, 132, 133
Structuration..... 65, 86, 98, 105
Théorie 10, 11, 12, 13, 36, 61, 62, 63, 75
Toxicomimétisme 65, 67, 68, 71, 85, 99, 100, 122, 127, 128
Traitements de substitution 2, 3, 5, 6, 7, 21, 40, 56, 58, 76, 98, 115, 116, 124, 126, 128, 129
Transfèrement 42, 79, 81, 83, 86, 95, 97, 99, 103
UROD..... 81, 115, 116
Ville(s) 16, 17, 18, 19, 20, 21, 32, 45, 56, 89, 93, 112, 113, 132
Zone d'Influence Géographique (ZIG) 14, 16, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 34, 35, 36, 38, 92, 95, 97, 98, 112, 113, 116, 120

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association ; *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e ed.)*, trad. fr. par Guelfi J.D. & al., Masson, Paris, 1996
- Avenier M.J. & al. ; *Ingénierie des pratiques collectives, la cordée et le quatuor,* L'harmattan, coll. "Ingenium", Paris, 2000
- Bantman P. & Dufour-Zelmanovitch L. ; La notion de réseau social en psychiatrie, réflexions sur l'utilisation du terme de réseau dans le champ médicosocial, in *L'information psychiatrique*, n° 8, octobre 1995
- Barbier R. ; *L'approche transversale, l'écoute sensible en sciences humaines,* Anthropos, Paris, 1997
- Beauchesne L. ; *La légalisation des drogues... pour mieux en prévenir les abus,* Méridien - Georg, "Repères", Montréal, 1991-1992
- Bergeret I., Ledoux Y, Pelc I. ; *Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), Rapport de recherche scientifique 1997,* Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1998
- Bergeret I., From L., Joosten J., Pelc I ; *Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), Etude des caractéristiques des assuétudes sur base des données RPM au niveau fédéral,* Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1998
- Bergeret I., From L., Joosten J., Pelc I ; *Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), Rapport de recherche scientifique 1999* & *Rapport de recherche scientifique 2000,* Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles
- Bergeret I., De Backer V., From L., Joosten J., Nicaise P., Pelc I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers,* Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, Octobre 1999
- Bergeret I., From L., Joosten J., Nicaise P., Pelc I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM),* Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, Mars 2001
- Bogaert J., Pincé H. & al. ; *RCM 1996 en images, variation géographique de la pathologie dans les hôpitaux belges,* Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 2000
- Boon H. & Desmecht R. ; *Evaluation de l'offre en Province de Hainaut des soins socio-sanitaires en matière d'assuétudes,* CAREDA, Mons, septembre 1998
- Borocco N. & Salmona H. ; *Une histoire dans la ville, un réseau d'échanges réciproques de savoirs, Evry,* Matrice, Vigneux (F), 1996
- Brisson P. & al. ; *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. III,* Gaëtan Morin, Montréal, Paris, 2000
- Brisson P. & al. ; *L'usage des drogues et la toxicomanie,* Gaëtan Morin, Montréal, 1988
- Broothaerts J.P., Fryns A., Kornreich Ch. & Pelc I. ; Assuétudes : motivation au changement et prise en charge semi-ambulatoire, in *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive,* Oct. Nov. Déc. '98/Jan. '99, Vol. III, n°4, pp.25 et sq.
- Callon M. & al. ; *La science et ses réseaux : genèse et circulation des faits scientifiques,* La Découverte, Paris, 1989

- Casselman J. ; Present Procedures and Services in the Treatment of Drug-related Problems with Reference to Evaluation, WHO Consultation Group on Assessing Standards of Care in Drug Abuse Treatment, San José (Costa Rica), Novembre 1988, pp. 3-5
- Cattacin S., Lucas B. & Vetter S. ; *Modèles de politique en matière de drogue, une comparaison de six réalités européennes*, L'harmattan, "Logiques politiques", Paris, 1995
- Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues ; *Liste des centres, organismes et institutions ayant une action préventive, de recherche et / ou curative dans le domaine des toxicomanies*, Bruxelles, 1er trim. 1998
- Chambre des Représentants de Belgique ; *Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue*, SO 1996-1997, doc. 1062/3, Bruxelles, 5 juin 1997
- Conseil de l'Union Européenne ; *Plan d'Action Antidrogue de l'Union Européenne 2000-2004*, COREPER, Bruxelles, juin 2000
- Conseil Supérieur d'Hygiène, Commission des Médicaments ; *Conférence de Consensus, traitement de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1994
- *Convention entre le Comité de l'Assurance Soins de Santé et l'asbl "Maison d'Accueil Socio-Sanitaire [x]" à [x]*, INAMI, Bruxelles
- Corin E. & Lauzon G., Positive Withdrawal and the Quest for Meaning, the Reconstruction of the Experience among Schizophrénics, in *Psychiatry*, 55 (3), 266-278
- Declerck B. ; *Listing des membres des différents ateliers ainsi que des membres de la Coordination élargie*, Coordination Drogue, Ville de Charleroi, liste non-publiée
- Degenne A. & Forsé M. ; *Les réseaux sociaux, Une analyse structurale en sociologie*, Armand Colin, "U - Sociologie", Paris, 1994
- De Ruyver B., Casselman J., Noirfalise A. & al. ; *Données épidémiologiques relatives à l'usage des drogues en Belgique et dans les pays voisins – Epidemiologische gegevens over druggebruik in België en buurlanden*, SSTC, Bruxelles, 1996
- Dessoy A. ; Typologie "socio-économique" des communes, in *Bulletin du Crédit Communal*, n° 205 (1998/3), Bruxelles, 1998, pp. 17-43.
- De Vleeschouwer D. ; *Inventaire des structures spécialisées dans le suivi des usagers de drogues en Province de Namur*, Plate-forme de concertation de la région de Namur, liste non-publiée
- Dionne H. ; *Le développement par la recherche-action*, L'Harmattan, "Outils de recherche", Montréal, 1998
- Diapason *; Rapport d'activités 1998* et *Rapport d'activités 1999, Charleroi*
- *Directive du Collège des Procureurs Généraux relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites du 17 avril 1998*, Bruxelles, 1998
- Dosse F. ; *L'empire du sens, L'humanisation des sciences humaines*, La Découverte, Paris, 1995
- Dubet F. ; *La galère : jeunes en survie*, Fayard, Paris, 1987
- Dumoulin P., Giot M.P., Jamoulle P. & Panunzi-Roger N. ; *Rapport de recherche : évaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative*, CPAS de Charleroi, ville de Leers, Pacte Interreg I, Charleroi, octobre 1995
- Ehrenberg A., Mignon P. & al. ; *Drogues, politique et société*, Descartes - Le Monde Editions, Paris, 1992

- Ehrenberg A. & al. ; 1991, *Individus sous influence, drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Esprit, "Société", Paris, 1991
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Extended Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 1999*, EMCDDA, Lisboa, 1999
- Gibson R.L. & Mitchell M.H. ; *Introduction to Counseling and Guidance*, Prentice Hall International, Upper Saddle River (New Jersey), 1999
- Giraud C. ; *Concepts d'une sociologie de l'action, introduction raisonnée*, L'Harmattan, "Logiques sociales - théories sociologiques", Paris, 1994
- Goelens I. & al. ; *Enquête-Sentinelles, recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi, analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999*, Ville de Charleroi – Coodination Drogue, Charleroi, octobre 2000
- Hanak C., Streel E., Tecco J., Gilson S., Lefer A., Fauconnier F., Brown O., Clément B., Brédas S., Massaut J., Pelc I. & Verbanck P. ; Clinical Evaluation of a New Detoxification Technique for Opiate-Dependent Patients, in *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, S327, Vol 3, Suppl. 1, Abstacts from the XXIInd CINP Congress, Brussels, Juillet 2000
- Hartnoll R., Cohen P. & al.; *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA – Pompidou Group of the Council of Europe, "EMCDDA Scientific Monograph Series", Luxembourg, 1997
- Henmann A ; *Drogues légales, l'expérience de Liverpool*, Lézard, Paris, 1996
- Jacques J.P. ; *Pour en finir avec les toxicomanies, psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, De Boeck & Larcier, "Oxalis", Bruxelles, 1999
- Jamoulle P. ; *Drogues de rue, récits et styles de vie*, De Boeck Université, "Oxalis", Bruxelles, 2000
- Laplanche J. & Pontalis J.B. ; *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1978
- Latour B. ; *Nous n'avons jamais été modernes, essai d'anthropologie symétrique*, La Découverte, Paris, 1991
- Leurquin P. & al. ; *Rapport national belge sur les drogues 2000*, Belgian Information REITOX Network – ISP/WIV, Bruxelles, 2000
- Liu M. ; *Fondements pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1997
- Macquet C. ; *Toxicomanies, aliénation ou styles de vie*, L'harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1994
- Macquet C. ; *Toxicomanies et formes de la vie quotidienne*, Mardaga, Liège, 1992
- Martin C. ; *Les recherches actions sociales, miroirs aux alouettes ou stratégie de qualification*, La Documentation Française - Documents Affaires sociales - MIRE, Paris 1986
- Martineau H. & Gomart E. ; *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies – CESDIP – CSI, Paris, 2000
- Maslow A.H. ; *Motivation and Personality*, 3rd edition revised by Frager R., Fadiman J., McReynolds C. & Cox R., Harper Collins, New York, 1970
- Mérenne B., Van der Haegen H., Van Hecke E. & al. ; La Belgique, diversité territoriale, in *Bulletin du Crédit Communal*, n° 202 (1997/4), Bruxelles, 1997, pp. 5-144
- Miermont J. ; *Psychothérapies contemporaines*, L'Harmatan, coll. "Psychologiques", Paris, 2000

- Morel A., Hervé F. & Fontaine B. ; *Soigner les toxicomanes*, Dunod, Paris, 1997
- Morin E. ; *Science avec conscience,* Fayard, Paris, 1982
- National Institute on Drug Abuse ; *Assessing Drug Abuse within and across Communities, Community Epidemiology Surveillance on Drug Abuse*, NIH, Rockville (Maryland), 1998
- *"Ne faisons pas l'autruche face aux toxicomanies"*, répertoires des institutions compétentes en matière de toxicomanies en Province de Namur, Gouvernement Provincial de Namur, Namur
- Neuburger R.; *L'autre demande, psychanalyse et thérapie familiale systémique*, (3e ed.), ESF, Paris, 1992
- Nicaise P., Bergeret I., De Backer V., From L., Joosten J., Pelc I. ; *Récoltes de données en matière de drogues en Belgique : une analyse critique* (article à paraître)
- Noirfalise A., De Ruyver B., Manfredini T. & Van Daele L. ; *Guide d'évaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues*, SSTC, Bruxelles, 1998
- *Note politique du Gouvernement Fédéral relative à la problématique de la drogue*, Bruxelles, 19 janvier 2001
- *Note de politique relative aux soins de santé mentale, la psyché, le cadet de mes soucis ?*, Ministère de la Santé Publique, de la Protection de la Consommation et de l'Environnement, Bruxelles, 2001
- Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies ; *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne 1999*, EMCDDA, Lisboa, 1999
- Parenthèse *; Rapport d'activités 1998* et *Rapport d'activités 1999, Mons*
- Patris M. ; *La fonction paternelle en psychopathologie*, Masson, "Rapport de Psychiatrie", Paris, 1981
- Pelc I., Ledoux Y ; *Epidémiologie de la toxicomanie en Belgique, rapport présenté à la Chambre des Représentants dans le cadre du groupe de travail Drogues*, 12 fév. 1996
- Pignarre P. ; *Les deux médecines : médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995
- Popper K.M. ; *La logique de la découverte scientifique*, trad. fr., Payot, Paris, 1973
- Popper K.M. ; *Conjectures et réfutations, la croissance du savoir scientifique,* trad. fr., Payot, Paris, 1985 (réed.)
- Prochaska J.O. & DiClemente C.C. ; L'approche transthéorique, *in* Norcross J.C & Goldfried M.R. & al.; *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, "Re-connaissances", Paris, 1998, pp. 281-318
- *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Cabinet du Premier Ministre, Bruxelles, 1995
- Raedemaeker A.F., Pelc I. & Steinberg P. ; Cultures, savoirs et pratiques des intervenants socio-sanitaires en toxicomanie, in *Gestion des drogues en 2000, Culture et Performances, travaux préparatoires*, Gestion des Drogues en 2000 asbl, Bruxelles, novembre 2000
- Roché S. ; *Sociologie politique de l'insécurité, Violences urbaines, inégalités et globalisation,* PUF, "Sociologie d'aujourd'hui", Paris, 1998
- Rogers C. ; *Client-centered therapy : its Current Practice, Implications and Theory,* Houghton Mifflin Co., Boston, 1951
- Segal H. ; *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, PUF, "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1969
- Seulin C. & Dazord A. ; *Prises en charge institutionnelles en psychiatrie, méthodologie de la recherche évaluative*, PUF, "Nodules", Paris, 1997

- Simard G. ; *La méthode du "Focus Group", Animer, planifier et évaluer l'action*, Mondia, Laval (Québec), 1989
- Van Hecke E. ; Actualisation de la hiérarchie urbaine en Belgique, in *Bulletin du Crédit Communal*, n° 205 (1998/3), Bruxelles, 1998, pp. 45-76
- Vullierme J.L. ; *Le concept de système politique*, PUF, "politique d'aujourd'hui", Paris, 1989
- Winnicott D.W. ; *Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement*, Payot, "science de l'homme", Paris, 1962-63
- Zuber-Skerritt O. & al. ; *New Directions in Action Research*, Falmer Press, London, 1996